

**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade do Porto**

**VINCULAÇÃO, REGULAÇÃO EMOCIONAL E CRESCIMENTO
PÓS-TRAUMÁTICO EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA**

Cátia Isabel Gonçalves Domingues

Outubro de 2014

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto,
orientada pela Professora Doutora Paula Mena Matos (F.P.C.E.U.P.).

**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade do Porto**

**VINCULAÇÃO, REGULAÇÃO EMOCIONAL E CRESCIMENTO
PÓS-TRAUMÁTICO EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA**

Cátia Isabel Gonçalves Domingues

Outubro de 2014

Cátia Isabel Gonçalves Domingues
Presidente: Doutora Inês Nascimento
Arguente: Doutora Cidália Duarte
Orientador: Doutora Paula Mena Matos
Classificação: 17 valores

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto,
orientada pela Professora Doutora Paula Mena Matos (F.P.C.E.U.P.).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Nesta última etapa de uma grande aventura que me proporcionou inúmeras oportunidades e desafios gostaria de oferecer uma palavra de agradecimento a todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação. Foi um caminho difícil, com sucessos e fracassos, mas acima de tudo um caminho que me mudou como pessoa e como profissional onde tive a possibilidade de trabalhar com excelentes profissionais e com uma população clínica que tem muito a oferecer.

Primeiramente gostaria de expressar um profundo agradecimento à Professora Doutora Paula Mena Matos, minha orientadora, pelo apoio e orientação em fases de maior dificuldade, pela partilha de saberes, compreensão e disponibilidade que sempre demonstrou. Um obrigado por ser uma “bússola” nesta aventura, oferecendo-me sempre um bom conselho e promovendo a minha capacidade crítica relativamente ao desenvolvimento deste trabalho.

À Dr.^a Marisa Ávila, pelas incontáveis conversas sobre os mais variados temas que me impulsionaram na busca de novas explicações, novos métodos, novas interpretações. Pela incansável disponibilidade, por todas as pequenas ajudas que me ofereceu ao longo de toda este trabalho, pela dedicação a esta população clínica que sempre me fascinou e motivou, um sincero obrigado.

Um obrigado também à Dr.^a Tânia Brandão, pela partilha de saberes ao nível da recolha de dados e pelo seu trabalho na monitorização dos protocolos. Uma palavra de gratidão pela disponibilidade, presença e simpatia.

À Clínica da Mama do Instituto Português de Oncologia do Porto, à Enfermeira Elisabete e a todos os voluntários do *Movimento Vencer e Viver* um enorme obrigado pelo apoio logístico e pelas incontáveis conversas que me permitiram conhecer as suas valentes histórias de vida.

A todas as mulheres com cancro de mama que tive oportunidade de conhecer, colaborando ou não com este projeto, que comigo partilharam as suas inquietações, dificuldades, medos mas também esperanças e motivações. Um obrigado do fundo do coração pelo voto de confiança e pelas corajosas histórias de vida que tive a possibilidade de conhecer. Uma palavra de grande admiração e respeito por todas estas mulheres que muito me marcaram quer a nível pessoal quer a nível profissional.

Um agradecimento muito especial às minhas amigas e colegas Raquel, Catarina e Maria João por serem as melhores companheiras de jornada que poderia ter. Sem elas este caminho teria sido muito mais árduo e de difícil trilhar. Uma palavra de afeto também à Ana Virgínia pela disponibilidade, ajuda e pelo grande sorriso que sempre que devolve.

Ao Paulo, pela paciência, carinho e amor que sempre me transmite. Pelas palavras de incentivo e pela confiança que sempre depositou em mim. Obrigado pelo ombro amigo que me permitiu sentir segura para explorar e definir o meu próprio caminho, ajudando-me a ultrapassar todos os obstáculos e desafios.

O mais profundo e sincero agradecimento àqueles que me deram a mão desde o primeiro dia desta aventura e a quem dedico todos os meus futuros sucessos: aos meus pais e irmão, por acreditarem e investirem em mim, pela partilha de valores e saberes e por fazerem de mim o que sou hoje. Um verdadeiro obrigado pelo porto seguro e pelas oportunidades de crescimento que sempre me proporcionaram.

Finalmente, ao meu querido avô, que sempre sonhou com este dia, uma palavra de saudade e amor.

Abstract

The concept of the *post-traumatic growth* was originally conceptualized by Tedeschi e Calhoun (1996) and can be defined as a set of positive changes that occur as a result of the experience of traumatic situations. A great part of the investigation conducted over the years points for the existence of high levels of *post-traumatic growth* in women whose been diagnosed with breast cancer (Cordova *et al.*, 2001; Manne *et al.*, 2004; Oh *et al.*, 2004; Sears *et al.*, 2003; Silva, Moreira & Canavarro, 2011; Weiss, 2002).

This current study looks to offer an empirical contribution to the understanding of this phenomenon in portuguese women with breast cancer. Besides the influence of the sociodemographics variables and the clinical variables, it was intended to study the dimensions of the attachment and the emotional nature contribution in the process of the post-traumatic growth. The sample of the current study, transversal and of quantative nature, is composed by 59 women with breast cancer and the dimensions for analysis were assessed using the following instruments: *The Experiences in Close Relationship Scale (ECR) - Short Form* (Wei, Russel, Mallinckrodt, & Vogel, 2007; portuguese adaptation from Oliveira & Costa, 2007); *The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ; Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001; portuguese adaptation from Cherpe, Matos, & Serra, 2009); *The Relationship Self-Efficacy Scale - RSE* (Lopez, Morúa, & Rice, 2007); *The White Bear Suppression Inventory - WBSI* (Wegner & Zanakos, 1994; portuguese adaptation from Pinto-Gouveia & Albuquerque, 2007); *The Stanford Emotional Self-Efficacy Scale – Cancer – (SESES-C)*, developed from Gaise-Davis *et al.*, 2004) and *The Posttraumatic Growth Inventory – Short Form* (Cann *et al.*, 2010).

The results of this investigation didn't show any significant association between the sociodemographics and clinic variables and the post-traumatic growth. The *Rumination* and the *Positive Refocusing*, strategies of emotional regulation, present themselves as significant predictors of the post-traumatic growth. The mediation hypothesis of *Emotional Regulation*, in explaining the association between the *Attachment* and *Post-traumatic Growth*, hasn't been confirmed although it seem to exist an *indirect effect* between these variables. These conclusions offers an important contribute for the psychotherapeutic intervention in this clinical population.

Keywords: Breast Cancer; Attachment; Emotional Regulation; Post-traumatic Growth.

Resumo

O conceito de *crescimento pós-traumático* foi originalmente conceptualizado por Tedeschi e Calhoun (1996) e pode ser definido como o conjunto de mudanças positivas que ocorrem como resultado da vivência de situações de vida traumáticas. Um grande corpo de investigação conduzido ao longo dos últimos anos remete para a existência de elevados índices de *crescimento pós-traumático* em mulheres diagnosticadas com cancro de mama (Cordova *et al.*, 2001; Manne *et al.*, 2004; Oh *et al.*, 2004; Sears *et al.*, 2003; Silva, Moreira & Canavarro, 2011; Weiss, 2002).

O presente estudo procura oferecer um contributo empírico na compreensão deste fenómeno em mulheres portuguesas com cancro de mama. Para além da influência de variáveis sociodemográficas e de variáveis clínicas, pretendeu-se estudar o contributo de dimensões da vinculação e de natureza emocional no processo de crescimento pós-traumático. A amostra do presente estudo, transversal e de natureza quantitativa, é composta de 59 mulheres com cancro de mama e as dimensões em análise foram avaliadas recorrendo aos seguintes instrumentos: *Experiências em Relações Próximas - VR* (Wei, Russel, Mallinckrodt, & Vogel, 2007; adaptação para português de Oliveira & Costa, 2007); *Questionário de Regulação Cognitiva Emocional* (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001; adaptação para português de Cherpe, Matos, & Serra, 2009); *Relationship Self-Efficacy Scale - RSE* (Lopez, Morúa & Rice, 2007); *Inventário de Supressão do Urso Branco* (Wegner & Zanakos, 1994; adaptado à população portuguesa por Pinto-Gouveia & Albuquerque, 2007); *The Stanford Emotional Self-Efficacy Scale - Cancer - SESES-C*, desenvolvido por Gaise-Davis e colaboradores (2004) e o *Inventário de Crescimento Pós-Traumático - VR* (Cann *et al.*, 2010).

Os resultados desta investigação não mostraram associações significativas entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o crescimento pós-traumático. A *Ruminação* e a *Refocalização Positiva*, estratégias de regulação emocional, apresentam-se como preditores significativos do *Crescimento Pós-traumático*. A hipótese de mediação da *Regulação Emocional*, na explicação da associação entre a *Vinculação* e o *Crescimento Pós-traumático*, não foi confirmada parecendo existir, no entanto, um *efeito indireto* entre estas variáveis. Estas conclusões oferecem um contributo importante para a intervenção psicoterapêutica nesta população clínica.

Palavras-Chave: Cancro da Mama, Vinculação, Regulação Emocional, Crescimento Pós-traumático.

Resumé

Le concept de *croissance post-traumatique* a été à l'origine conceptualisé par Tedeschi et Calhoun (1996) et peut être défini comme un ensemble de changements positifs résultant de l'expérience de situations de vie traumatiques. Un grand nombre d'investigation mené au long des dernières années renvoie à l'existence de taux élevés de *croissance post-traumatique* sur les femmes diagnostiquées d'un cancer du sein (Cordova *et al.*, 2001; Manne *et al.*, 2004; Oh *et al.*, 2004; Sears *et al.*, 2003; Silva, Moreira & Canavarro, 2011; Weiss, 2002).

La présente étude prétend apporter une contribution empirique dans la compréhension de ce phénomène sur les femmes portugaises atteintes d'un cancer du sein. Outre l'influence des variables sociodémographiques et des variables cliniques, nous avons prétendu étudier la contribution de dimensions du lien et de nature émotionnelle dans le processus de croissance post-traumatique. L'échantillon de la présente étude, transversal et de nature quantitative, est composé de 59 femmes atteintes d'un cancer du sein et les dimensions en analyse ont été évaluées en recourant aux instruments suivants: *l'Expériences en Relations Proches* (Wei, Russell, Mallinckrodt, & Vogel, 2007; Adaptation portugaise de Oliveira & Costa, 2007), le *Questionnaire de Règlement Cognitive Émotionnelle* (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001; adaptation portugaise de Cherpe, Matos, & Serra, 2009), *La relation d'Auto-Efficacy Scale* (Lopez, Morúa, & Rice, 2007); *Inventaire L'Ours Blanc Répression* (Wegner & Zanakos, 1994; adaptation portugaise de Pinto-Gouveia & Albuquerque, 2007), *Le Stanford Emotional Self-Efficacy Scale – Cancer*, développé par Gaise-Davis *et al.*, 2004) et *l'Inventaire de la Croissance Post-Traumatique* (Cann *et al.*, 2010).

Les résultats de cette investigation n'ont pas montré d'associations significatives entre les variables sociodémographiques et cliniques et la croissance post-traumatique. La *Rumination* et la *Refocalisation Positive*, stratégies de régulation émotionnelle, se présentent comme indicateurs significatifs de la croissance post-traumatique. L'hypothèse de médiation de la *Régulation Émotionnelle*, dans l'explication de l'association entre le Vinculassion et la Croissance Post-traumatique, n'a pas été confirmée, il semble exister, cependant, un effet indirect entre ces variables. Ces conclusions apportent une contribution importante dans l'intervention psychothérapeutique de cette population clinique.

Mots-clés: Cancer du sein; Vinculassion; Régulation Émotionnelle; Croissance Post-Traumatique.

Índice Geral

Introdução.....	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico-Conceptual e Empírico	
1. O Cancro da Mama e as suas Implicações.....	3
1.1 Caracterização e incidência do cancro da mama.....	3
1.2 O impacto do cancro da mama no doente e na família.....	4
2. A Vinculação no Adulto e a Vivência do Cancro da Mama.....	5
2.1 Conceitos básicos da teoria da vinculação.....	5
2.2 A vinculação na idade adulta: o parceiro romântico.....	6
2.3 A vinculação no adulto e a vivência da doença oncológica	8
3. Regulação Emocional.....	9
3.1 Definição de regulação emocional.....	9
3.2 Vinculação e processos de regulação emocional.....	11
3.3 Regulação emocional e o cancro da mama.....	13
4. Crescimento Pós-traumático.....	15
4.1 Definição e dimensões do crescimento pós-traumático.....	15
4.2 Modelo de compreensão do crescimento pós-traumático.....	16
4.3 Preditores do crescimento pós-traumático em mulheres com cancro da mama.....	17
Capítulo II – Estudo empírico.....	21
1. Objetivo Geral do Estudo.....	21
2. Objetivos Específicos e Hipóteses de Investigação.....	22
3. Procedimento.....	24
4. Participantes.....	25
5. Instrumentos de medida.....	26
Capítulo III – Apresentação de resultados.....	30
Capítulo IV – Discussão dos resultados.....	37
1. Discussão dos Resultados Apresentados.....	37
2. Limitações do Estudo e Propostas para Futuras Investigações.....	45
3. Considerações Finais.....	46
Referências Bibliográficas.....	48
Anexos	

Índice de Tabelas

Tabela 1. Análise de Regressões Lineares Múltiplas para avaliar os preditores do Crescimento Pós-Traumático.....32

Tabela 2. Análise de Regressões Lineares Múltiplas para avaliar os preditores das subescalas do Crescimento Pós-Traumático.....33

Tabela 3. Análise de regressão hierárquica para testar a hipótese de mediação recorrendo às dimensões *Segurança, Refocalização Positiva e Crescimento Pós-traumático*.....35

Tabela 4. Análise de regressão hierárquica para testar a hipótese de mediação recorrendo às dimensões *Ansiedade, Ruminação e Crescimento Pós-traumático*.....36

Índice de Anexos

Anexo 1. Consentimento Informado

Anexo 2. Variáveis Sociodemográficas

Anexo 2a: Frequências das Variáveis Sociodemográficas

Anexo 2b: Descritivas das Variáveis Sociodemográficas

Anexo 3. Variáveis Clínicas

Anexo 3a: Frequências das Variáveis Clínicas

Anexo 3b: Descritivas das Variáveis Clínicas

Anexo 4. Diferenças entre as dimensões

Anexo 4a: Descritivas entre as dimensões na amostra total

Anexo 5. Correlação Bivariável

Introdução

Nos últimos anos, o número de mulheres diagnosticadas com cancro da mama tem aumentado consideravelmente devido, principalmente, ao desenvolvimento dos procedimentos e equipamentos médicos que permite, cada vez mais, um diagnóstico precoce e uma maior eficácia no tratamento da doença. Este desenvolvimento levou a um aumento da taxa de sobrevivência nesta população passando a ser considerada uma doença crónica que requer cuidados recorrentes e específicos ao longo de toda a vida (Pimentel, 2006).

Apesar da diminuição da taxa de mortalidade, uma doença oncológica como um cancro de mama continua a ser percecionado como um acontecimento ameaçador e potencialmente traumático (Cordova, Giese-Davis, Golant, Kronenwetter, Chang, & Spiegel, 2007) com implicações a diversos níveis da vida da mulher (físico, psicológico, conjugal, familiar, laboral, etc.) (Dias, Manuel, Xavier, & Costa, 2002; Ferreira & Mamede, 2003; Ogden, 2004). Assim, e para além das implicações para o bem-estar físico, a mulher é confrontada com um conjunto de desafios e ameaças que exigem a mobilização de recursos e competências pessoais que possibilitam uma melhor ou pior adaptação. É também comum existir um confronto com questões de natureza existencial (Yalom, 1980) que pode propiciar o investimento em tarefas como a revisão do projeto de vida, a reformulação de papéis, o confronto e medo da morte.

O processo de ajustamento ao cancro da mama é, cada vez mais, conceptualizado como uma fase de *transição psicossocial* (Parkes, 1971 cit in Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001) que requer que a mulher reconstrua a forma de se ver a si própria, os outros e o mundo, postulando que esta adaptação tem consequências não só negativas mas também positivas na vida destas mulheres. Estas mudanças positivas consequentes do confronto com uma situação de vida potencialmente traumática e geradora de mal-estar físico e/ou psicológico têm sido definidas com o termo “crescimento pós-traumático” (Tedeschi & Calhoun, 1996), capaz de se manifestar em diferentes domínios da vida da mulher: na perceção de si próprio, na qualidade das relações interpessoais e na filosofia de vida (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Vários estudos (Cordova *et al.*, 2001; Manne, Ostroff, Winkel, Goldstein, Fox, & Granna, 2004; Oh, Heflin, Meyerowitz, Desmond, Rowland, & Ganz, 2004; Silva, Moreira, & Canavarro, 2011; Weiss, 2002) têm estudado a prevalência e compreensão

deste fenómeno em mulheres diagnosticadas com cancro da mama. Segundo Sears, Stanton e Dannoff-Burg (2003), 83% das mulheres com cancro de mama percebem pelo menos um benefício desta experiência, o que leva os investigadores deste domínio a querer compreender este fenómeno e a estudar quais os fatores que contribuem para que ocorra.

O estudo do crescimento pós-traumático em mulheres portuguesas com cancro de mama está ainda a dar os seus primeiros passos. Apesar da existência de uma grande evidência empírica realizada noutros países, estas investigações centram-se, maioritariamente, no estudo de variáveis demográficas e clínicas no processo de crescimento pós-traumático.

Esta investigação pretende assim abrir novos horizontes no estudo do crescimento pós-traumático em mulheres com cancro da mama em Portugal, procurando estudar o contributo de variáveis da relação de casal e de natureza emocional no processo de crescimento pós-traumático nesta população. Desta forma, o principal objetivo deste trabalho passa por analisar o papel da vinculação na promoção do crescimento pós traumático, antecipando o efeito potencialmente mediador dos processos da regulação emocional. Para além disso, e devido ao baixo número de estudos portugueses neste domínio, pretende-se também investigar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas no crescimento pós-traumático nesta população.

Esta dissertação está organizada em três grandes partes. Numa primeira fase será apresentada uma breve revisão da literatura sobre as principais variáveis estudadas que inclui definição de conceitos e exploração de estudos existentes. Posteriormente será exposta a metodologia utilizada para a realização do estudo que envolve a descrição da amostra, o procedimento, os instrumentos utilizados e as hipóteses de trabalho. Por fim, na terceira parte serão apresentados os resultados do estudo e posterior discussão dos mesmos.

Capítulo I – Enquadramento Teórico-Conceptual e Empírico

1. O Cancro da Mama e as suas Implicações

1.1. Caracterização e incidência do cancro da mama

As doenças oncológicas são das mais comuns entre os diagnósticos médicos atuais e o cancro da mama é o tipo de tumor mais frequente na mulher (Ferlay, Shin, Bray, Forman, Mathers, & Parkin, 2010). Especificamente, a prevalência do diagnóstico do cancro da mama tem vindo a aumentar consideravelmente sendo que, por ano, em Portugal, são detetados 5000 novos casos e cerca de 1500 mulheres morrem vítimas desta doença (Laço, 2014).

Apesar do aumento da incidência, verifica-se uma diminuição da taxa de mortalidade nesta população clínica. Os progressos médicos conseguidos nas técnicas de rastreio permitem uma deteção mais precoce da doença e o desenvolvimento de técnicas terapêuticas mais eficazes tem contribuído para a diminuição da taxa de mortalidade e aumento da taxa de mulheres sobreviventes (Pais-Ribeiro, 1998; Pimentel, 2006). Estes fatores têm motivado investigadores da área da saúde física e psicológica a expandir conhecimentos que permitam melhorar a qualidade de vida das mulheres e das suas famílias.

Numa definição médica, o cancro da mama é um tumor maligno que se desenvolve na reprodução de células mamárias. Em situações normais, a reprodução das células é regulada de modo a que o número de células no organismo se mantenha constante. Contudo, há situações pontuais em que as células não respeitam este mecanismo e formam mais células do que as necessárias que se expandem, produzindo aquilo a que chamamos um tumor, que pode ser de natureza benigna – que não colocam em risco a vida humana – ou maligna – que obtêm a designação de cancro e que colocam em risco a vida humana devido às suas propriedades que danificam os órgãos e os tecidos (Ogden, 2004).

Com base na investigação clínica verifica-se que não existe apenas uma causa para o aparecimento do cancro da mama, tratando-se de uma doença heterogénea e multifatorial que resulta da interação de fatores genéticos, metabólicos e ambientais (Ogden, 2004). Os fatores de risco mais frequentemente associados a esta patologia são o sexo e a idade, uma vez que a probabilidade de ter cancro da mama é substancialmente mais elevada na mulher, visto que apenas 1% dos cancros da mama são diagnosticados no homem, e dois em cada três casos surgem em mulheres com mais de 55 anos de idade (American Cancer Society, 2010).

São vários os tipos de cancro da mama conhecidos (invasivos e não invasivos) e os tratamentos utilizados (e.g., quimioterapia, radioterapia, cirurgia, hormonoterapia, entre outras). Estas opções de tratamento dependem, sobretudo, do estadio em que o cancro se encontra, que variam do 0 ao IV sendo que no estadio 0 o tumor é considerado como não invasivo e à medida que o nível do estadio avança o tamanho do tumor aumenta progressivamente, assim como a sua severidade. O estadio IV é caracterizado pela presença de metástases noutros órgãos (i.e., as células cancerígenas que inicialmente se situavam apenas na mama são transportadas para outros órgãos formando novos tumores). Assim, o estadio do cancro determina quais os tratamentos mais adequados, e a severidade e agressividade desses tratamentos têm implicações a nível psicológico, familiar e social não só do doente mas também das figuras significativas que o rodeiam (Odgen, 2004).

1.2. O impacto do cancro de mama no doente e na família

A luta contra um diagnóstico de cancro de mama é frequentemente associado a um período de crise, onde a mulher é confrontada com diferentes desafios e ameaças que a levam a experienciar emoções maioritariamente negativas. É comum observarem-se elevados níveis de depressão e ansiedade (Silva, Moreira, & Canavarro, 2009) assim como sentimentos de culpa, medo, revolta e desesperança (Matos & Pereira, 2005). Estas reações emocionais tendem a variar ao longo do ciclo psico-oncológico (Patrão, 2007), uma vez que os desafios e as ameaças desta luta também variam ao longo do tempo. Assim, na fase de pré-diagnóstico, predominam sentimento de incerteza face à possibilidade de ter cancro da mama (Patrão, 2007). Na fase de diagnóstico, a mulher depara-se com a certeza de possuir uma doença que ameaça a sua vida despertando sentimentos de apatia, negação e revolta. Numa fase posterior, de tratamentos, a mulher é submetida a um conjunto de terapêuticas dolorosas e agressivas durante um prolongado período de tempo levando a sentimentos de cansaço, com implicações a nível da imagem corporal (e.g., perda progressiva de cabelo, perda da mama). Por último, numa fase de sobrevivência, quando os tratamentos são eficazes e cessados, os sentimentos mais comuns são o de incerteza, hiperativação e preocupação devido à possibilidade de o tumor voltar a surgir (Pereira & Lopes, 2005).

As terapêuticas indicadas para o cancro da mama apresentam severos efeitos secundários não só a nível físico como também a nível psicológico. Assim, efeitos como a perda de cabelo ou do órgão mamário podem conduzir a dificuldades de ajustamento

psicológico, caracterizados pelo aparecimento de sintomas depressivos e/ou ansiosos quer no doente quer nos familiares mais próximos. A mama é socialmente considerada um símbolo da sexualidade feminina e, muitas vezes, aquando uma mastectomia (e.g., através da cirurgia retira-se o órgão mamário) a mulher poderá apresentar sintomas depressivos, baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade e rejeição (Ramos & Patrão, 2005). Para além disso, um doente com cancro da mama tende a passar muito tempo em tratamentos médicos sendo que, na maioria das vezes, estes doentes deixam a sua atividade profissional passando mais tempo em casa ou no hospital. Este fator pode levar a um isolamento social e à redução da rede social de apoio o que poderá contribuir para um pior ajustamento psicológico e social à doença (Pereira & Lopes, 2005).

2. A Vinculação no Adulto e a Vivência do Cancro da Mama

2.1. Conceitos básicos da teoria da vinculação

Em 1969, John Bowlby desenvolveu a teoria da vinculação, numa perspetiva evolucionista, que postula que o ser humano nasce com sistema inato que o leva a criar ligações emocionais e afetivas com outros significativos desde o nascimento até à morte (Bowlby, 1973, p. 139). Durante muitos anos, investigadores neste domínio focaram o estudo da vinculação nos primeiros anos de vida, centrando a investigação na construção e manutenção de vínculos afetivos entre a criança e a figura de vinculação primária. Mais tarde, o foco de atenção centrou-se na perspetiva das relações românticas como relações de vinculação sendo um tema que tem despoletado inúmeras investigações durante os últimos anos.

De acordo com Bowlby (1988), o sistema comportamental de vinculação é um conjunto diversificado de comportamentos que tem como principal função procurar e manter a proximidade física e emocional a uma figura que proporcione proteção, segurança e que garanta a sobrevivência da criança. Segundo esta teoria, face a uma situação de ameaça ou geradora de *stress*, a criança tende a procurar e a manter aproximação à figura de vinculação de modo a sentir-se segura e protegida. Quando consegue este sentimento de segurança, a criança é capaz de diminuir a ativação do sistema de vinculação e ativar o sistema comportamental de exploração que lhe permite explorar o meio que a rodeia (Ainsworth & Bowlby, 1991). Esta articulação dinâmica esperada entre o sistema de vinculação e o sistema de exploração só é possível quando a

figura de vinculação funciona como *base segura* disponível e responsiva permitindo uma exploração mais previsível e segura por parte da criança.

A responsividade da figura de vinculação e a disponibilidade emocional consistentes ou inconsistentes levam ao desenvolvimento de laços de vinculação mais ou menos seguros que ao longo do tempo se internalizam formando esquemas cognitivos-afetivos – *internal working models* – que integram representações mentais sobre o *self* e os outros e que vão orientar as representações individuais de cada um e, conseqüentemente, o seu comportamento e expectativas em relação a si, aos outros e ao mundo (Bowlby, 1969/91). Estes modelos, construídos na relação com a figura de vinculação, tendem a internalizar-se e a generalizar-se a outras relações interpessoais da criança. Com o desenvolvimento, a natureza e a qualidade das relações que o indivíduo estabelece poderão confirmar ou desconfirmar estes modelos pré-existentes. Situações normativas (e.g., o nascimento de um filho ou o casamento) ou situações não esperadas (e.g., uma situação de divórcio ou doença) poderão despoletar novas experiências que confirmem ou desconfirmem os modelos representacionais desenvolvidos levando à perpetuação ou modificação destes modelos. Apesar da possibilidade de modificar os esquemas representacionais, os modelos desenvolvidos ao longo da infância têm tendência a perpetuar-se na adolescência e na idade adulta (Bowlby, 1973).

2.2. A vinculação na idade adulta: o parceiro romântico

Os comportamentos de vinculação e de exploração estão presentes ao longo da vida. A articulação dinâmica entre estes sistemas mantém-se ao longo da adolescência e da idade adulta embora com algumas diferenças que emergem com o desenvolvimento do indivíduo. Assim, ao contrário do que acontece na infância, a principal figura de vinculação na idade adulta é o parceiro romântico com quem se estabelece uma relação de natureza recíproca, isto é, o indivíduo desempenha, simultaneamente, o papel de prestador e recetor de cuidados (Hazan & Shaver, 1987). Na idade adulta, tal como na infância, situações de ameaça como a dor, a doença, a separação da figura de vinculação levam o indivíduo, através de comportamentos de vinculação, a procurar e a manter a proximidade a uma figura que proporcione segurança.

A perspetiva das relações românticas como relações de vinculação foi cuidadosamente estudada por Hazan e Shaver (1987; Shaver, Hazan, & Bradshaw, 1988). Esta perspetiva postula que face a uma situação de potencial ameaça interna ou

externa, o adulto tende a procurar segurança através do contacto físico e emocional com o companheiro romântico (Hazan & Shaver, 1987).

Na consequência dos trabalhos de Bowlby e de Hazan e Shaver, surge um modelo de vinculação amorosa no adulto, desenvolvido por Bartholomew e Horowitz (1991), que assenta na dicotomização de duas dimensões: o modelo de si próprio e o modelo dos outros. O modelo de si próprio representa o grau em que a pessoa se sente merecedor de amor e atenção por parte das figuras de vinculação e está associado ao nível de ansiedade e de dependência face à aprovação dos outros; o modelo dos outros representa o grau em que a pessoa avalia os outros como acessíveis, disponíveis e responsivos e está associado à tendência para procurar ou evitar proximidade nas relações amorosas (Bartholomew & Shaver, 1998; Bartholomew & Horowitz, 1991).

Na análise do cruzamento destas dimensões com duas valências, positiva e negativa, os autores definiram quatro estilos de vinculação que permitem antever as estratégias comportamentais e de regulação emocional características de cada tipo. Assim, o indivíduo *seguro* (com um modelo positivo de si e dos outros) sente-se merecedor de valor e otimista em relação à responsividade dos outros sentindo-se confortável com a intimidade e a autonomia; o indivíduo *preocupado* (modelo negativo de si e positivo do outro) tende a depender e a procurar, ansiosamente, a aprovação e validação por parte do outro demonstrando-se constantemente preocupado com as relações interpessoais; o indivíduo *desinvestido* (modelo positivo de si próprio e negativo do outro) caracteriza-se pelo evitamento da proximidade com os outros mantendo um sentido de valor próprio positivo negando a importância e o valor de relações próximas havendo desinvestimento na procura de intimidade; por último, o indivíduo *amedrontado* (com um modelo negativo de si próprio e dos outros) tende a ser, simultaneamente, dependente da aceitação e valorização dos outros e desconfiado e inseguro face às relações evitando a proximidade com medo da perda e da rejeição (Bartholomew & Shaver, 1998; Bartholomew & Horowitz, 1991).

Esta classificação funciona como uma grelha de leitura que permite prever as expectativas, os comportamentos, as cognições, as estratégias de regulação emocional e as percepções dos indivíduos no relacionamento interpessoal com o outro, nomeadamente, com a figura de vinculação (Tacón, 2002).

2.3. A vinculação no adulto e a vivência da doença oncológica

A teoria da vinculação tem demonstrado grandes avanços na explicação e compreensão da forma como uma situação de doença é experienciada pelo doente e pelo parceiro romântico. Os contributos desta teoria permitem perceber como variáveis que caracterizam os diferentes estilos têm influência no modo como o sujeito vivencia e resolve as tarefas e desafios inerentes a uma situação de doença oncológica (Maunder & Hunter, 2001).

De modo a sistematizar informação de vários estudos, e recorrendo às categorias definidas por Bartholomew e Horowitz (1991), é possível prever características orientadoras, face a uma situação de ameaça, nos quatro estilos de vinculação: seguro, preocupado/ansioso, desinvestidos/evitantes e amedrontados.

Os sujeitos classificados com uma vinculação segura são capazes de expressar as emoções de forma mais adequada demonstrando que são capazes de mobilizar recursos positivos e construtivos que lhes permitem lidar eficazmente com o desconforto e os desafios causados pela doença (Feeney, 2004; Collins & Feeney, 2000). Estes sujeitos, que tendem a experienciar relações de vinculação positiva ao longo do desenvolvimento, têm uma maior capacidade de pedir e aceitar a ajuda do outro, de reconhecer e aceitar as emoções demonstrando competências na sua regulação que leva a uma melhor gestão das emoções negativas e, conseqüentemente, a experienciar menores níveis de frustração. De um modo geral, estes indivíduos demonstram uma melhor satisfação relacional (Sümer & Cozzarelli, 2004), são mais confiantes, desejam a intimidade e sentem-se confortáveis com a proximidade física e emocional do outro. Estes sujeitos interpretam com maior eficácia as necessidades do outro, são mais compreensivos e prestam apoio emocional mais eficaz quando confrontados com situações ameaçadoras do que indivíduos com vinculação insegura (Feeney, 1995; 2000).

Os indivíduos classificados com um estilo de vinculação preocupado/ansioso tendem a experienciar elevados níveis de *stress* e a estabelecer relações de dependência e submissão com as figuras de vinculação. Assim, procuram a proximidade mas auto-culpabilizam-se quando percebem rejeição ou abandono por parte destas figuras (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Por sua vez, os sujeitos caracterizados com um estilo de vinculação desinvestida/evitante tendem a não demonstrar as emoções devido ao afastamento emocional e à não valorização do apoio do outro. Demonstram valores inferiores de

intimidade e compromisso manifestando dificuldades na expressão emocional. Apresentam dificuldades em confiar nos outros e lidam com as situações adversas isoladamente valorizando, acima de tudo, a sua independência. Perante uma situação de ameaça, estes indivíduos tendem a afastar-se dos companheiros românticos. Um estudo de Tacón (2002) mostra que o estilo de vinculação evitante pode constituir um fator de risco para a saúde física devido à pouca responsividade, disponibilidade emocional e a ausência de prestação de cuidados da figura da vinculação.

Por fim, sujeitos amedrontados, devido ao modelo negativo de si e do outro, são os que demonstram maiores níveis de *stress* e vulnerabilidade face a situações adversas. Vêem-se a si próprios como não amáveis e os outros como rejeitantes e não confiáveis. Apesar de desejarem a proximidade física e emocional com o outro, não se sentem confortáveis com essa proximidade e dependência. Devido à sua insegurança, estes sujeitos evitam a proximidade e a intimidade com medo do abandono e da rejeição (Cassidy & Berlin, 1994; Bartholomew & Horowitz, 1991).

No âmbito do cancro da mama vários estudos têm sido realizados de forma a compreender o papel da teoria da vinculação no confronto com esta doença oncológica. De facto, investigações apontam que um dos fatores mais importantes no processo de ajustamento ao cancro da mama é o suporte social, especialmente o resultante de experiências interpessoais próximas, como o caso do companheiro romântico. Desta forma, companheiros apoiantes e responsivos, uma comunicação aberta entre o casal e níveis elevados de satisfação na relação parecem estar positivamente relacionados com o ajustamento psicossocial em mulheres com cancro da mama (Giese-Davis, Hermanson, Koopman, Weibel, & Spiegel, 2000). Por outro lado, mulheres com cancro da mama, e respetivos companheiros, que recorrem frequentemente a estratégias de evitamento demonstravam maiores índices de angústia e pior ajustamento psicossocial à doença oncológica (Ben-Zur, Gilbar, & Lev, 2001).

3. Regulação Emocional

3.1. Definição de regulação emocional

As emoções e os sentimentos estão presentes todos os dias das nossas vidas e a capacidade de regular emoções é uma estratégia fundamental para a adaptação do ser humano. O modo como o sujeito regula as suas emoções, face a uma determinada situação, influencia o modo como vai orientar as suas respostas comportamentais.

A regulação emocional pode ser entendida como um conjunto de estratégias que permitem regular as emoções e que se desenvolvem e se organizam ao longo do tempo. O desenvolvimento destes mecanismos regulatórios é especialmente importante nos primeiros anos de vida, na interação da criança com a figura de vinculação primária (Thompson, 1994; Cassidy, 1994). Thompson (1994) define a regulação emocional como um conjunto variado de processos intrínsecos e extrínsecos que são responsáveis pela monitorização, avaliação e modificação da resposta emocional, especialmente no que concerne à sua dimensão temporal e à intensidade experienciada, de modo a que o sujeito seja capaz de atingir os objetivos esperados. Apesar da utilização do termo “estratégia”, que pode sugerir intencionalidade, as estratégias de regulação emocional são frequentemente automáticas e não conscientes (Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003). Contudo, estratégias cognitivas de regulação emocional apresentam um carácter mais consciente e deliberado utilizado para gerir a ativação emocional (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001).

Gross (2007) caracteriza a regulação emocional como um processo contínuo e transversal, onde as mudanças ao nível da regulação emocional podem ocorrer tanto ao nível da génese da emoção como ao nível da sua expressão. Desta forma, este autor desenvolveu um modelo que distingue os processos de regulação emocional em duas fases: (a) estratégias de regulação emocional focadas nos antecedentes à resposta emocional e (b) estratégias de regulação emocional focadas na resposta emocional.

As estratégias de regulação emocional focadas nos antecedentes (Gross, 1998; 2007) ocorrem antes das respostas emocionais estarem completamente formuladas. Assim, a regulação pode ocorrer na seleção da situação (e.g., o indivíduo esforçar-se para controlar a não ocorrência de uma situação que sabe que desencadeará uma determinada emoção), na modificação da situação (e.g., o indivíduo pode implementar esforços para mudar a situação e, deste modo, o seu impacto emocional), no direcionamento da atenção (e.g., face a um estímulo o indivíduo pode recorrer a estratégias de distração – centrar-se em elementos distrativos – ou de concentração/ruminação – centrar-se nos aspetos negativos), e por fim, na mudança cognitiva (e.g., o indivíduo atribui diferentes significados à situação de modo a controlar a emoção).

As estratégias centradas na resposta emocional são utilizadas após a ativação das emoções. Estas estratégias focam-se na modulação da resposta emocional influenciando as vertentes experiencial, comportamental ou fisiológica. A supressão emocional

constitui uma estratégia focada nas respostas emocionais que consiste, essencialmente, em reprimir conscientemente a expressão comportamental da emoção (Gross & Levenson, 1993; Gross, 2007). Quando se recorre a este tipo de estratégia o indivíduo experiencia intensamente a emoção, positiva ou negativa, esforçando-se por controlar a expressão comportamental da emoção.

Os mecanismos de regulação emocional têm um papel fundamental no modo como o indivíduo organiza e direciona o seu comportamento. Uma regulação emocional pouco eficaz tem implicações a nível emocional, cognitivo e comportamental que podem colocar em risco a adaptação do indivíduo a situações de ativação emocional.

3.2. Vinculação e processos de regulação emocional

O ser humano nasce com mecanismos, ainda que pouco desenvolvidos, capazes de regular as emoções. Na infância, devido à imaturidade cognitiva, as crianças recorrem à figura de vinculação quando experienciam emoções e sentimentos desconhecidos (Thompson, 1994). A consistência e a responsividade da figura de vinculação face à ativação emocional da criança influencia, a curto prazo, a adaptação da criança aos diversos contextos e, a longo prazo, aos mecanismos que se vão interiorizar como eficazes para atingirem os seus objetivos pessoais.

Na sua revisão, Fuendeling (1998) organizou e sistematizou as descobertas empíricas no domínio da vinculação na idade adulta e as suas implicações para a explicação dos processos de regulação emocional. Segundo o autor, sujeitos caracterizados por uma vinculação desinvestida/evitante tendem a apresentar uma atenção muito reduzida a estímulos emocionais, mostrando pouca eficiência e capacidade para recordar memórias afetivas, levando a que, com o desenvolvimento, o sujeito não seja capaz de reconhecer e identificar emoções, quer positivas quer negativas, ao nível pessoal e interpessoal. Ao nível da avaliação e da atribuição, estes indivíduos tendem a fazer avaliações exacerbadas do grau de ameaça das situações, embora não auto-culpabilizadoras, que são acompanhadas por avaliações de compensação, onde sobrevalorizam a sua capacidade de lidar com a situação levando, progressivamente à diminuição da perceção de ameaça da situação. Por fim, ao nível da avaliação dos recursos sociais de coping, estes sujeitos têm baixas expectativas do apoio oferecido pelos outros, percebendo-os com menos investidos emocionalmente do que realmente são (Fuendeling, 1998). Os indivíduos evitantes tendem a não partilhar as suas necessidades, quer físicas quer emocionais, nas relações interpessoais.

Por sua vez, sujeitos caracterizados com um estilo de vinculação ansiosa/ambivalente tendem a demonstrar um processamento da informação emocional excessivo, principalmente no que concerne às emoções negativas, demonstrando uma maior atenção e eficácia na recordação de memórias emocionais negativas. Estes indivíduos apresentam uma baixa capacidade de repressão defensiva, demonstrando dificuldade em reprimir os efeitos negativos das memórias afetivas, adotando mecanismos de processamento emocional centrados na ruminação emocional (Fuendeling, 1998). Ao nível da avaliação e da atribuição, estes sujeitos tendem em sobreavaliar o caráter ameaçador das situações, com a qual co-ocorrem elevados níveis de auto-culpabilização. Finalmente, são sujeitos dependente dos outros que utilizam estratégias de maximização emocional com o objetivo de conseguir a sua atenção.

Finalmente, sujeitos com uma vinculação segura tendem a demonstrar um equilíbrio ótimo entre a atenção e repressão da atenção, permitindo um processamento da informação adequado. Estes indivíduos mostram-se eficientes na recordação de memórias afetivas positivas e negativas, com capacidade em diminuir os efeitos adversos das memórias emocionais negativas e potenciar os efeitos das memórias emocionais mais positivas, permitindo um “resultado desenvolvimental optimal” (Fuendeling, 1998). Ainda, são sujeitos que tendem a avaliar de forma mais positiva e construtiva as situações e desafios com que são confrontados. Ao nível da avaliação dos recursos sociais e de coping, sujeitos seguros tendem a ter uma rede de apoio social mais vasta e expectativas positivas relativamente à disponibilidade e apoio por parte dos outros. Mostram também competências de comunicação e partilha capaz de uma regulação afetiva positiva com o outro.

Para além desta revisão, existem outros estudos que corroboram esta associação entre a qualidade da relação de vinculação, definidos por Bowlby (1969/91), e as estratégias e dinâmicas de regulação emocional preferencialmente utilizadas. Assim, sujeitos classificados como seguros são capazes de regular as emoções de modo mais flexível, partilhando abertamente as suas emoções positivas e negativas demonstrando-se capazes de adequar a expressão de emoções às situações. Estes indivíduos são capazes de reconhecer emoções negativas e de procurar nos outros conforto e suporte (Mikulincer & Shaver, 2007) apresentando maior tolerância à frustração e melhor capacidade para responder de modo construtivo às exigências. Estes sujeitos dirigem aberta e diretamente tanto as emoções positivas como as negativas à figura de vinculação aprendendo a partilhar as suas necessidades de forma aberta sem que seja

necessário recorrer a outras formas, menos adaptativas, de expressão emocional (Cassidy, 1994).

Por sua vez, sujeitos caracterizados com um estilo de vinculação evitante, pautados por um cuidado insensível ou rejeição, utilizam estratégias de desativação de regulação emocional através da restrição da expressão de sentimentos negativos com a finalidade de reduzir os conflitos com a figura de vinculação, i.e., aprendem a negar ou a reprimir as emoções negativas com medo da rejeição ou do abandono conduzindo, com o tempo, à desvalorizam a expressão das emoções negativas (Shaver & Mikulincer, 2007; Cassidy & Berlin, 1994). Há, portanto, uma diminuição progressiva da importância atribuída à figura de vinculação, levando a que o sujeito explore tentativas de regulação emocional autonomamente. Segundo Feeney (1995) estes sujeitos, que apresentam baixo conforto com a proximidade, evitam o reconhecimento de emoções negativas e a procura de suporte nas figuras significativas.

Por fim, sujeitos ambivalentes, pelo contrário, utilizam estratégias como a maximização das emoções (e.g. aumento da intensidade na manifestação da emoção) como uma maneira de ganhar e manter a proximidade com uma figura de vinculação inconsistente (Shaver & Mikulincer, 2007; Cassidy & Berlin, 1994). Estes indivíduos mantêm um estado de vigília constante e são muito sensíveis a qualquer estímulo que possa por em causa o contacto com a figura de vinculação resultando numa elevada dependência a esta figura e dificultando a exploração e o desenvolvimento da autonomia (Feeney, 1995).

Estes estudos corroboram que os diferentes estilos de vinculação definidos por Bowlby (1969/91) estão consistentemente associados a diferentes padrões de regulação emocional o que sustenta o valor de mediação das estratégias de regulação emocional na relação de predição entre os diferentes padrões de vinculação e o crescimento pós-traumático.

3.3. A regulação emocional e o cancro da mama

O processo de adaptação a uma doença crónica, como o cancro da mama, pode muitas vezes levar a que, ao longo do tempo, o doente experiencie emoções negativas como medo, raiva ou tristeza que, por sua vez, podem ter um impacto no bem-estar psicológico do indivíduo. A forma como o indivíduo mobiliza os seus recursos e estratégias de regulação emocional mostra ter um impacto significativo na qualidade da adaptação do indivíduo a uma situação geradora de emoções negativas. Assim, na

doença oncológica, estudos indicam que a expressão das emoções negativas parece desempenhar um papel preponderante 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, refocalização positiva, colocar em perspectiva) 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 e supressão) parece estar associado a maiores dificuldades no processo de adaptação a acontecimentos de vida ameaçadores (Garnefski & Kraaij, 2007).

No âmbito do cancro da mama, a investigação mostra que mulheres com esta patologia tendem a experienciar mal-estar psicológico durante, principalmente, as fases de diagnóstico e tratamento da doença (Friedman, Kalidas, Elledge, Chang, Romero, Husain, Dulay, & Liscum, 2006). Um diagnóstico de cancro da mama pode ter efeitos significativos na saúde mental da mulher, uma vez que é frequentemente associado a elevados níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva (Hack & Degner, 2004), a menor espírito de luta (Classen, Koopman, Angell, & Spiegel, 1996) e menor qualidade de vida física e mental (Stanton, Dannoff-Burg, Cameron, Bishop, Collins, Kirk, Sworowski, & Twillman, 2000).

O estudo da supressão emocional em mulheres diagnosticadas com cancro da mama tem recebido particular atenção. Morris, Greer, Pettingale e Watson (1981) encontraram que mulheres com cancro da mama tendiam a reportar maiores níveis de supressão de emoções, como a raiva e a ansiedade, do que pacientes diagnosticadas com uma doença oncológica benigna. Na mesma linha de investigação, outro estudo revelou que mulheres com cancro da mama que recorriam a estratégias de supressão emocional tendiam a apresentar mais sentimentos de desesperança e demonstravam uma atitude mais fatalista relativamente à doença oncológica (Watson, Greer, Rowden, Gorman, Robertson, Bliss, & Thunmore, 1991).

Desta forma, o estudo da compreensão das estratégias de regulação emocional nesta população clínica é fundamental, uma vez que dificuldades a este nível poderão contribuir para um pior ajustamento à doença e para o aumento dos níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa.

4. Crescimento Pós-traumático

4.1. Definição e dimensões do crescimento pós-traumático

O conceito de crescimento pós-traumático (CPT) foi originalmente conceptualizado por Tedeschi e Calhoun (1996) e pode ser definido como a mudança positiva que ocorre como resultado da vivência de situações de vida traumáticas. Segundo estes autores, o processo de CPT ocorre quando o sujeito, face a uma situação extremamente ameaçadora, consegue não só sobreviver, como também adquirir uma nova forma de ver o mundo, mais adaptativa e com melhorias qualitativas ao nível do seu funcionamento (Calhoun & Tedeschi, 1998). Segundo os autores, acontecimentos não normativos, como o caso de um diagnóstico de cancro, aumenta a possibilidade de trauma pois ocorre de forma repentina e não esperada, em que o sujeito não dispõe de estratégias que o ajudem a responder adequadamente à situação (Tedeschi & Calhoun, 2004).

No confronto com acontecimentos não esperados, o indivíduo fica cognitivamente desorganizado levando a que, ao longo do tempo, seja necessário uma nova organização das crenças básicas e uma nova narrativa de vida que deve incluir o evento traumático (Tedeschi & Calhoun, 1996). Assim, o confronto diário com este acontecimento irá desafiar as crenças do sujeito, as suas atribuições e os seus objetivos, assim como a narrativa da sua história de vida através de um processo dinâmico de revisão e reformulação das suas crenças básicas. É a forma como o sujeito processa cognitivamente o evento traumático que tem influencia no desenvolvimento do crescimento. A experiência do crescimento pós-traumático pressupõe que o indivíduo identifique mudanças significativas que vão além do funcionamento anterior ao evento ameaçador (Tedeschi & Calhoun, 2004).

O CPT constitui um conceito multidimensional manifestando-se frequentemente através de três domínios principais: 1) mudanças na *perceção de si próprio* que envolve uma maior sensação pessoal de força e confiança nos seus recursos e estratégias para lidar com uma situação ameaçadora, assim como uma maior sensação de vulnerabilidade que está relacionado com a maior consciência de que situações incontroláveis podem acontecer; 2) mudanças na *perceção das relações interpessoais* sendo que há uma maior valorização das relações afetivas estabelecidas com os outros e uma maior perceção de união entre os familiares mais próximos; e 3) mudanças na

filosofia de vida caracterizadas por mudanças nas prioridades e objetivos de vida em que o sujeito tende a valorizar mais a vida (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Nos últimos anos, vários investigadores têm conduzido alguns estudos com o objetivo de perceber se o fenómeno do CPT é resultado da vivência de um evento ameaçador e potencialmente traumático ou que se é resultante do processo normativo do desenvolvimento humano. Alguns estudos comparativos (Cordova *et al.*, 2001; Silva, Moreira & Canavarro, 2011) mostram que os níveis de CPT são significativamente superiores em indivíduos sujeitos a uma situação traumática em comparação à população geral, concluindo que este fenómeno não ocorre como processo normativo do desenvolvimento humano, sendo necessário um evento suficientemente destabilizador (e não necessariamente traumático) que permita desafiar as crenças individuais, crucial para que o crescimento ocorra (Tedeschi & Calhoun, 2004).

4.2. Modelo do crescimento pós-traumático

De forma a sistematizar a informação sobre o fenómeno do CPT e com o objetivo de oferecerem uma explicação da ocorrência deste processo, Tedeschi e Calhoun (2004) desenvolveram um modelo de compreensão do crescimento pós-traumático que, de uma forma simplista, se processa em três grandes fases: (1) a fase do evento sísmico, com conseqüente reação de choque e negação, (2) a fase dos processamentos cognitivos recorrentes e intrusivos e, finalmente, (3) a construção de uma nova narrativa de vida que inclua o evento traumático.

Os autores partem do pressuposto básico que qualquer acontecimento ameaçador ou potencialmente traumático representa desafios sísmicos que colocam à prova a estrutura psicológica do sujeito. Assim, ao confrontar-se com uma situação desconhecida, não esperada e ameaçadora, para a qual não dispõe de estratégias e competências que diminuam os seus efeitos, o sujeito vê o seu sistema de crenças ameaçado, colocando em causa a sua visão de si, dos outros e do mundo (Tedeschi & Calhoun, 2004). Nesta fase inicial e, no confronto com um acontecimento adverso, são esperadas reação normativas de choque e negação que despoletam um acentuado sofrimento psicológico. Após o choque inicial, espera-se que este mal-estar psicológico desencadeie um pensamento ruminativo (i.e., um processamento cognitivo intrusivo e recorrente) que tem como principal objetivo a procura de um sentido para este acontecimento, despoletando um processo essencial ao crescimento. Segundo Tedeschi e Calhoun (2004) a maioria das estratégias de regulação emocional utilizadas nesta fase

inicial são estratégias centradas na gestão das emoções negativas, devido à necessidade de ventilação emocional por parte do sujeito.

A presença de uma rede social de apoio e, desta forma, uma figura de vinculação segura e responsiva desempenha um papel importante na experiência do CPT. A necessidade expressão emocional aliada a uma rede de apoio responsiva e empática leva a que, através do diálogo, o sujeito sinta que a sua história e a sua experiência sejam validadas e compreendidas pelo outro levando a que, com o tempo, o indivíduo seja capaz de aceitar a sua nova condição e de investir num processo de reconstrução do seu auto-conceito e da sua narrativa de vida, redefinindo os seus objetivos de vida e as suas prioridades (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Este processo de CPT não é uma experiência universal, uma vez que nem todos os indivíduos conseguem identificar mudanças positivas no confronto com um acontecimento de vida adverso (Calhoun & Tedeschi, 2006). Segundo Tedeschi e Calhoun (2004) este processo não ocorre de forma imediata mas sim ao longo do processo de adaptação ao evento traumático.

4.3. Preditores do crescimento pós-traumático em mulheres com cancro da mama

O CPT em mulheres com cancro da mama tem sido bem estudado no domínio da Psicologia. São vários os estudos que concluem que mulheres com cancro da mama identificam benefícios e apresentam índices de CPT (Cordova *et al.*, 2001; Manne *et al.*, 2004; Oh *et al.*, 2004; Silva, Moreira & Canavarro, 2011; Weiss, 2002). Estudos mostram que a prevalência do crescimento pós-traumático em mulheres com cancro da mama é alta, com 50% (Gunner-Kucukkaya, 2009) a 83% (Sears *et al.*, 2003) a reportarem pelo menos um benefício como consequência do cancro da mama.

A elevada prevalência do CPT nesta população levou investigadores neste domínio a estudar quais os fatores que podem predizer a experiência de crescimento pós-traumático em mulheres com diagnóstico de cancro de mama. Têm sido investigados vários grupos de variáveis para cumprir este objetivo.

No domínio das variáveis sociodemográficas, um dos fatores mais estudados prende-se com a idade da mulher aquando o diagnóstico de cancro de mama. Algumas investigações concluíram que mulheres mais novas reportam maiores níveis de CPT do que mulheres mais velhas (Bellizzi & Blank, 2006; Cordova *et al.*, 2001; Manne *et al.*, 2004; Mystakidou *et al.*, 2008; Tomich & Helgenson, 2002). Estes autores esclarecem

que um diagnóstico desta natureza representa uma maior ameaça para mulheres que ainda estão numa fase inicial da vida adulta, com inúmeros projetos e objetivos por concretizar, gerando um maior mal-estar psicológico. Bellizzi e Blank (2006) referem que mulheres mais velhas, devido à idade, esperam lidar com algum tipo de doença ou problema de saúde e que, desta forma, o impacto do cancro de mama é menos acentuado em comparação com mulheres mais jovens e saudáveis.

Relativamente ao nível de escolaridade os resultados encontrados são inconsistentes. Vários estudos encontraram associações positivas e significativas entre elevados níveis de escolaridade e os níveis de CPT, concluindo que a educação é uma ferramenta importante que permite que as mulheres encontrem significado na experiência de cancro de mama (Cordova *et al.*, 2007; Danhauer *et al.*, 2013; Sears *et al.*, 2003). Por outro lado, outros estudos mostraram que mulheres sobreviventes com cancro de mama com baixos níveis de escolaridade apresentavam maiores níveis de CPT (Tomich & Helgenson, 2004; Weiss, 2004). Consistente com este resultado, Bellizzi e Blank (2006) encontraram que mulheres com um baixo nível de escolaridade reportavam maior crescimento no domínio das relações interpessoais, mas não nos domínios dos objetivos de vida e de apreciação com a vida. Os autores avançam com a explicação que talvez mulheres com níveis de escolaridade inferiores recorram mais ao apoio dos outros e, desta forma, apresentem maiores níveis de crescimento no domínio das relações interpessoais. Esta inconsistência poderá também estar associada à variedade de amostras e dos instrumentos utilizados, levando a que seja necessário mais investigação neste domínio.

No que concerne aos rendimentos financeiros, Cordova e colaboradores (2001) encontraram uma associação positiva entre altos rendimentos financeiros e os níveis de CPT em mulheres com cancro da mama. Estes autores levantaram a possibilidade destes recursos agirem como um “amortecedor” durante a experiência traumática o que poderá levar a uma maior perceção de mudança positiva. No entanto, são necessários mais estudos que corroborem esta associação.

Ao nível das variáveis relacionadas com a doença oncológica, vários fatores têm sido tidos em consideração. O tempo desde o diagnóstico é um fator que tem sido bem estudado neste domínio. Alguns investigadores sugerem que o tempo desde o diagnóstico está associado a maiores níveis de CPT (Cordova *et al.*, 2001; Manne *et al.*, 2004; Sears *et al.*, 2003), resultados consistentes com o modelo de Tedeschi e Calhoun (2004) que postula que o crescimento ocorre ao longo do tempo, sendo necessário que o

sujeito experiencie mal-estar psicológico significativo com tempo para que seja possível uma progressiva redefinição da narrativa de vida.

Quanto à severidade da doença oncológica, modelos teóricos concluíram que quando mais ameaçador for o evento traumático, maior a oportunidade de crescimento (Tedeschi & Calhoun, 2004). A investigação tem adotado duas formas distintas de avaliar esta variável. Vários estudos postulam que uma avaliação subjetiva da severidade do cancro pode ser um preditor mais importante do CPT do que uma avaliação baseada em fatores clínicos como o estadio da doença ou o tipo de tratamentos realizados (Cordova *et al.*, 2001; Lechener, Zakowski, Antoni, Greenhawt, Blobk, & Block, 2003; Sears *et al.*, 2003;) enquanto outros não mostram associações significativas entre estas variáveis (Manne *et al.*, 2004; Morris & Shakespeare-Finch, 2011; Silva, Moreira & Canavarro, 2011; Weiss *et al.*, 2004).

No entanto, apesar das diferentes formas de avaliar esta variável, os estudos são consensuais relativamente à importância da severidade da doença na predição do CPT (Tomich & Helgenson, 2004; Urcuyo, Boyers, Carver, & Antoni, 2005). Neste sentido, Bellizzi e Blank (2006) encontraram que mulheres com cancro de mama regional ou invasivo reportavam maiores níveis de crescimento, do que mulheres com um cancro de mama localizado, no domínio da relação com os outros. Os autores avançam que um cancro de mama localizado poderá não despoletar nas mulheres o impacto necessário para que esta coloque em causa as crenças sobre si, o mundo e os outros, reportando menores níveis de CPT.

Relativamente ao tempo desde o diagnóstico, a investigação tem-se mostrado crescente neste domínio. Um vasto número de estudos (Bellizzi & Blank, 2006; Cordova *et al.*, 2001; Cordova *et al.*, 2007; Manne *et al.*, 2004; Sears *et al.*, 2003) mostra que o CPT está positivamente associado ao tempo de diagnóstico, com estudos a demonstrar níveis de crescimento desde os primeiros meses após o diagnóstico (Danahauer, Case, Tedeschi, Russell, Vishnevsky, Triplett, Ip, & Avis, 2013; Liu, Wang, Wang, Su, & Wang, 2014), com cinco anos (Tomich & Helgenson, 2002) e quinze anos após o diagnóstico da doença (Lelorain, Tessier, Florin, & Bonnaud-Antignac, 2010). No entanto, na sua revisão, e levando em consideração o resultado de vários estudos (Bower, Meyerowitz, Desmond, Bernaards, Rowland. & Ganz, 2005; Manne *et al.*, 2004), Stanton, Bower, e Low (2006) concluíram que mulheres com cancro de mama tendem a reportar maiores níveis de crescimento nos dois primeiros anos após o

diagnóstico, sendo que a percepção de benefícios tende a estabilizar após esse período, com tendência a decrescer ao longo do tempo.

Quanto ao tipo de tratamento realizado, grande parte dos estudos não encontraram resultados significativos entre esta variável e o CPT (Bellizzi & Blank, 2006; Cordova *et al.*, 2001; Manne *et al.*, 2004; Sears *et al.*, 2003; Tomich & Helgeson, 2004; Weiss, 2004;). Dois estudos encontraram uma associação positiva entre a severidade do tratamento e o CPT, concluindo que mulheres com cancro da mama que foram submetidas a tratamentos mais agressivos – terapia hormonal (Urcuyo *et al.*, 2005) e quimioterapia (Lelorian *et al.*, 2010) – revelavam maiores níveis de crescimento.

Ao nível dos fatores psicossociais, o papel das estratégias de coping tem sido bem documentado no domínio do cancro de mama. Muitos estudos (Bellizzi & Blank, 2006; Danhauer *et al.*, 2013; Lelorian *et al.*, 2010; Schmidt, Blank, Bellizzi, & Park, 2011; Sears *et al.*, 2003) concluíram que mulheres com cancro de mama que apresentavam elevados níveis de coping positivo e ativo, que recorriam à estratégia de reavaliação positiva, reportavam maiores níveis de CPT. Schmidt e colaboradores (2012) foram mais longe e concluíram que os diferentes estilos de vinculação predizem o CPT, quando mediados pelas estratégias de coping. Especificamente, concluiu que indivíduos que demonstravam uma vinculação segura pareciam estar melhores equipados para lidar com as exigências inerentes a um diagnóstico de cancro, demonstrando maior capacidade no uso de estratégias de coping mais ativas e positivas, o que estava positivamente associado com o CPT.

Apesar da grande evidência teórica, ainda existe pouca investigação no domínio do cancro de mama que estude o papel preditor das estratégias de regulação emocional no CPT. Contudo, um estudo inovador de Tacón, Caldera e Bell (2001) concluiu que mulheres diagnosticadas com uma doença oncológica com um estilo de vinculação evitante apresentavam elevados níveis de supressão emocional, em comparação com mulheres sem doença oncológica, resultados consistentes com a teoria da vinculação.

O número de diagnósticos com cancro de mama tem aumentado consideravelmente ao longo dos últimos anos. Para 2015 é projetado o aparecimento de 2181 novos casos e para 2020 são esperados 2545 novos casos, apenas na região Norte de Portugal (RORENO, 2014), verificando-se um aumento do número de diagnósticos de cancro de mama em todas as faixas etárias. Este aumento de número de diagnósticos não se espera só nesta região uma vez que se estima que o número de casos irá aumentar em todo o mundo, em todas as faixas etárias.

A elevada incidência e prevalência desta patologia em Portugal leva investigadores de diferentes áreas a investir no estudo da compreensão da vivência do cancro de mama sob várias perspetivas. E como nem tudo é percecionado de forma negativa nesta luta, o presente estudo procura oferecer um contributo empírico para uma melhor compreensão do fenómeno do crescimento pós-traumático em mulheres portuguesas com cancro de mama.

1. Objetivo Geral do Estudo

Considerando toda a investigação teórica existente no domínio da vinculação, das estratégias de regulação emocional e no crescimento pós-traumático, torna-se imperativo investir em estudos empíricos em populações clínicas com base nestas teorias. O estudo da teoria da vinculação e a sua inegável associação com os mecanismos de regulação emocional poderá contribuir para uma melhor compreensão, não apenas do processo de adaptação ao cancro de mama, mas também do fenómeno de crescimento pós-traumático, podendo fornecer um importante contributo para a prática clínica nestas populações.

Na análise de diversos estudos realizados ao longo dos últimos anos na área da Psicologia, verifica-se a ausência de estudos que articulem estas três grandes variáveis, de forma a englobar uma visão mais alargada e multidimensional dos constructos apresentados. De facto, existe um corpo teórico que articula estas dimensões, mas o número de estudos empíricos em populações clínicas é escasso, denotando-se um maior enfoque no estudo de variáveis sociodemográficas e clínicas na compreensão do crescimento pós-traumático.

Desta forma, a presente investigação pretende focar-se no estudo da influência de variáveis da relação de casal e de regulação emocional no crescimento pós-traumático numa amostra de mulheres portuguesas com cancro da mama. Para além disso, e com base na revisão da literatura, espera-se encontrar um efeito mediador da

Regulação Emocional na relação entre a *Vinculação* e o *Crescimento Pós-traumático*, dimensões ainda não estudadas deste ponto de vista.

2. Objetivos Específicos e Hipóteses de Investigação

Com base na revisão da literatura neste domínio, e no baixo número de estudos existentes em Portugal, o principal objetivo desta investigação passa por tentar compreender como diferentes fatores, quer de relação quer emocionais, podem estar associados ao processo de crescimento pós-traumático em mulheres com cancro de mama. Como objetivos específicos pretende-se compreender (1) a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas nos níveis de crescimento pós-traumático, (2) de que forma as diferentes dimensões da vinculação e da regulação emocional se associam ao crescimento pós-traumático e (3) o papel mediador da regulação emocional na associação entre a vinculação e o crescimento pós-traumático.

Posto isto, e com base em teorias e estudos revistos no capítulo anterior, as hipóteses da presente investigação são:

Recorrendo a informação sociodemográfica e clínica, este estudo procura estudar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas no crescimento pós-traumático em mulheres diagnosticadas com cancro de mama. Assim, espera-se que variáveis sociodemográficas como a idade jovem, um elevado nível de escolaridade e elevados rendimentos financeiros estejam positivamente relacionados com o crescimento pós-traumático (Hipótese 1a). Quanto às variáveis de natureza clínica, é esperado que fatores como uma fase da doença mais avançada (e.g., recuperação ou follow-up) esteja positivamente associada aos níveis de crescimento pós-traumático em comparação com fases de diagnóstico e de tratamento. Espera-se também que quanto maior o tempo desde o diagnóstico, maiores os níveis de crescimento pós-traumático (Hipótese 1b).

Com base na investigação sobre a teoria da vinculação e as suas características no que concerne ao seu relacionamento com outros, neste caso com a figura de vinculação, espera-se que mulheres que apresentam uma vinculação mais segura ao companheiro amoroso reportam maiores níveis de crescimento pós-traumático, em comparação a mulheres com estilos de vinculação mais inseguros (evitante/desinvestido e ansioso/ambivalente) (Hipótese 2).

De facto, estudos reportam que sujeitos com um estilo de vinculação segura parecem estar melhor preparados para lidar com situações desafiantes e potencialmente

traumáticas (Schmidt *et al.*, 2001). Estes sujeitos mostram-se mais capazes em recorrer à figura do outro como fonte de suporte e de proteção, competentes em procurar conforto físico e emocional no outro (Bartholomew & Horowitz, 1991). Segundo o modelo de Tedeschi e Calhoun (2004) estas características parecem indispensáveis para que o crescimento ocorra, uma vez que numa fase inicial, é necessária a presença de uma figura empática e responsiva que ajude a mulher a sentir-se compreendida e validada, capaz de ajudar com a sua necessidade de ventilação emocional, algo fundamental para o fenómeno de crescimento.

Na mesma linha de investigação, espera-se que mulheres que recorrem a estratégias de regulação emocional positivas e ativas (e.g. controlo emocional, comunicação das emoções, aceitação, refocalização positiva e colocar em perspetiva) reportem maiores níveis de crescimento pós-traumático do que mulheres que recorrem a estratégias negativas de regulação emocional (i.e., que reportam elevados níveis de ruminação e supressão cognitiva) (Hipótese 3).

Recorrendo, mais uma vez, ao modelo de crescimento pós-traumático de Tedeschi e Calhoun (2004), percebe-se a importância da utilização de estratégias de regulação emocionais positivas, uma vez que um dos principais desafios do confronto com um acontecimento adverso é a gestão das emoções negativas. Apesar de inicialmente ser esperado uma fase de choque e negação, espera-se também que, com o tempo, a mulher seja capaz de recorrer a mecanismos e recursos, quer cognitivos quer na relação com outros, que lhe permitam ventilar estas emoções negativas e iniciar um processo de reestruturação de crenças, objetivos e narrativa de vida (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Na conjugação das variáveis de vinculação e de regulação emocional, espera-se que, a dimensão vinculação, quando mediada pelas estratégias de regulação emocional, seja preditora do crescimento pós-traumático. Desta forma, pretende-se estudar se mulheres classificadas com uma vinculação segura apresentam elevados níveis de crescimento pós-traumático, e essa relação é realizada através da utilização de estratégias de regulação emocional positivas (e.g. maiores níveis de controlo emocional, de comunicação das emoções, de aceitação, refocalização positiva e colocar em perspetiva) (Hipótese 4).

A associação significativa entre o estilo de vinculação e a qualidade das estratégias de regulação emocional frequentemente utilizadas tem sido alvo de um vasto número de investigações ao longo dos anos (Bowlby, 1969/91; Hazan & Shaver, 1987;

Cassidy, 1994; Fuendeling, 1998). Um estudo de Schmidt e colaboradores (2012) concluíram que os estilos de vinculação eram preditores do crescimento pós-traumático, quando mediados pelas estratégias de coping. Da mesma forma, pretende-se estudar esta associação, recorrendo às estratégias de regulação emocional como variáveis mediadoras.

3. Procedimento

Esta investigação foi realizada em colaboração com um projeto de doutoramento, intitulado “*Vinculação e prestação de cuidados em casais no confronto com o cancro da mama*”, a ser realizado pela Dr.^a Marisa Ávila e orientado pela Prof.^a Dr.^a Paula Mena Matos e a decorrer na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. No âmbito deste projeto já havia sido obtida a autorização por parte da Comissão de Ética e do Conselho Administrativo do Instituto Português de Oncologia do Porto para a realização da recolha de dados na Clínica da Mama.

Foram definidos alguns critérios de seleção da amostra, sendo apenas selecionadas: (a) mulheres diagnosticadas com cancro da mama; (b) mulheres com uma relação amorosa atual, visto que um dos principais objetivos desta investigação se prende com o estudo de variáveis relativas à relação do casal e (c) mulheres com idade compreendida entre os 25 e os 65 anos.

A seleção das participantes do estudo foi realizada na sala de espera da Clínica da Mama do IPO do Porto onde eram pré-selecionadas possíveis participantes. No local, a cada uma das possíveis participantes foi explicado o tema e objetivos do estudo, onde era garantida a confidencialidade e anonimato dos dados fornecidos. Posteriormente, a cada mulher que aceitasse participar na investigação era dada oportunidade de preenchimento presencial (e.g., numa sala devidamente preparada na Clínica da Mama) ou em casa, conforme a vontade da participante. Caso quisesse preencher o questionário em casa, era entregue um envelope com o protocolo e selo postal, para que o envio do questionário por correio não acarretasse gastos económicos às participantes. Antes do preenchimento das escalas propriamente ditas, foi pedida a assinatura do documento de Consentimento Informado (cf. Anexo 1), onde é novamente referido os principais objetivos do estudo, reforça as questões de confidencialidade, e explicita a possibilidade de desistir da participação do estudo a qualquer momento.

No caso de as participantes pretenderem preencher o questionário em casa e concordarem em remeter o protocolo pelo correio era realizado um contacto telefónico de monitorização (sensivelmente duas semanas após a entrega do questionário) de forma a retirar possíveis dúvidas relativas ao preenchimento do questionário e/ou relembrar as participantes que pudessem ter esquecido de remeter o protocolo. A amostra foi conseguida por conveniência e a recolha de dados foi realizada entre Janeiro e Agosto de 2014.

4. Participantes

Este estudo empírico teve a participação de 59 mulheres com diagnóstico médico de cancro de mama com idades compreendidas entre os 34 e 65 anos.

As mulheres com diagnóstico oncológico de cancro de mama que compõem a presente amostra têm em média 49,49 anos ($DP = 7,77$; variância: 34-65), 66,1% apresenta um grau de escolaridade igual ou inferior ao ensino médio (até ao 9º ano de escolaridade), 15,3% apresentam um grau de escolaridade médio (até 12º ano) e 16,9% apresentam um grau de ensino equivalente ao ensino universitário.

A categoria profissional mais representada, de acordo com a classificação de *Graffar*, é de trabalhadores não especializados (37,3%) que correspondem ao nível baixo, seguido de operários e trabalhadores qualificados especializados (27,1%) que se associam ao nível profissional médio/baixo, licenciados com média posição (18,6%) que corresponde ao nível médio/alto e, por fim, a categoria menos representada é de proprietários de pequenas indústrias (3,4%) que correspondem ao nível médio. 13,6% das participantes não preencheu este critério.

Quanto à situação profissional, 23,7% das mulheres se encontram ativas profissionalmente, sendo que as restantes encontram-se desempregadas (20,3%), de baixa médica (25,4%) ou reformadas (27,1%). A amostra é maioritariamente composta por mulheres casadas (94,9%), sendo que as restantes se encontram em união de facto (5,1%), com uma média de anos de duração da relação de 25 anos ($DP = 9,28$). No que concerne ao número de filhos, a maioria da amostra (96,6%) refere ter pelo menos um filho e 59,3% afirma viver com o companheiro e com o(s) filho(s). Quanto aos rendimentos do agregado familiar, 30,5% refere usufruir menos de 500 euros mensais, seguido de 16,9% com rendimentos entre os 500 e os 750 euros mensais, os restantes distribuem-se pelas categorias entre 750 e 3500 euros. Relativamente à informação clínica, grande parte das mulheres que compõem a amostra encontram-se numa fase de

tratamentos da doença (64,4%) seguido de mulheres que se encontram numa fase de sobrevivência (20,3%), diagnóstico (6,8%) e recuperação (5,1%). O intervalo de tempo entre o diagnóstico da doença e o preenchimento do questionário é, em média, 36 meses ($DP = 36,49$).

5. Instrumentos de Medida

5.1. Questionário sociodemográfico e Informação clínica

Com o objetivo de aceder a informação demográfica das participantes do estudo foi construído um questionário sociodemográfico com questões relativas à idade das participantes, estado civil, grau de escolaridade e situação profissional (classificadas de acordo com a escala de *Graffar*), número de filhos, duração da relação amorosa e rendimento mensal do agregado. O questionário clínico foi construído com o objetivo de obter informação sobre a situação clínica das participantes nomeadamente em que fase da doença se encontra aquando o preenchimento do protocolo (e.g. fase de diagnóstico, tratamentos ou recuperação), data do diagnóstico e tratamentos a que foi submetida. Ambos os questionários foram exclusivamente construídos para a recolha de informação sociodemográfica e clínica para o presente estudo, no âmbito do projeto alargado já referido.

5.2. Experiências em Relações Próximas (ERP) – Versão Breve

Para a avaliação do estilo de vinculação de cada participante, recorreu-se à escala *Experiências em Relações Próximas (ERP) – Versão Breve* de Wei, Russell, Mallinckrodt e Vogel (2007) – versão original por Brennan, Clark e Shaver (1998) – traduzida e adaptada à população portuguesa por Oliveira e Costa (2007). Esta escala, que permite avaliar a vinculação nas relações íntimas durante a idade adulta, é composta por 12 itens com a sua avaliação distribuída em duas dimensões: Ansiedade e Evitamento. As respostas são avaliadas numa escala tipo *Likert* de 7 posições, onde 1 corresponde a “Discordo Totalmente” e 7 a “Concordo Totalmente”.

Com base em análises realizadas numa amostra mais alargada, no âmbito do estudo de doutoramento já mencionado, compreendeu-se que uma avaliação da vinculação em três fatores (Àvila, Brandão & Matos, 2014) avaliava com maior rigor as respostas das participantes. Assim foram consideradas três dimensões: 1) *Ansiedade* composta pelos itens 1, 6 e 8; 2) *Evitamento* composta pelos itens 2, 3 e 5 e 3) *Segurança* composta pelos itens 9, 11 e 12. Na presente amostra, a consistência interna

das subescalas de Segurança, Ansiedade e Evitamento é satisfatória ($\alpha = .84$, $\alpha = .68$ e $\alpha = .79$, respetivamente).

5.3. Escalas de Avaliação da Regulação Emocional

Para a avaliação dos mecanismos de regulação emocional utilizadas pelas participantes em estudo foram utilizadas quatro escalas, com o objetivo de avaliar diferentes estratégias de regulação emocional: a comunicação das emoções, o controlo emocional e estratégias cognitivas de regulação emocional (e.g. aceitação, ruminação, refocalização positiva, colocar em perspetiva e supressão cognitiva).

A utilização do *The Stanford Emotional Self-Efficacy Scale – Cancer (SESES-Cancer)*, desenvolvida por Giese-Davis e colaboradores (2004), é um instrumento que permite avaliar a auto-eficácia emocional no confronto com uma doença grave. Esta escala é composta por 15 itens, organizados em três grandes dimensões: (1) comunicação das emoções, (2) focalização no presente e (3) confronto com a morte. No presente estudo, apenas foram utilizados os quatro itens relativos à dimensão da comunicação das emoções. Estes itens são avaliados numa escala de *Likert* em que 1 que corresponde a “(Quase) Nunca” e 9 a “(Quase) Sempre”. A consistência interna da dimensão *Comunicação das Emoções* (“*Sinto-me confiante para pedir apoio emocional, quando preciso, ao meu companheiro amoroso*”) na amostra estudada é satisfatória ($\alpha = .69$).

A *Relationship Self-Efficacy Scale (RSE)* de Lopez, Morúa e Rice (2007) é composta por 35 itens, divididos em três grandes fatores: (1) Mutualidade (2) Controlo Emocional e (3) Diferenciação. Com o objetivo de avaliar o controlo emocional das participantes em estudo, foram utilizados os quatro itens referentes a esta dimensão. A dimensão do *Controlo Emocional* procura avaliar as crenças que o próprio sujeito tem acerca da sua eficácia em gerir emoções pessoais desagradáveis que podem surgir na relação com o companheiro romântico (“*Sinto-me confiante em controlar a minha irritação quando estou zangada ou frustrada com o meu companheiro*”). Estes itens são avaliados numa escala de 9 posições em que 1 que corresponde a “(Quase) Nunca” e 9 a “(Quase) Sempre”. A análise psicométrica da dimensão *Controlo Emocional* para a presente amostra revela um *alfa* de Cronbach satisfatório ($\alpha = .69$).

A utilização do *Questionário de Regulação Cognitiva Emocional (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ)* de Garnefski, Kraaij e Spinhoven (2001) com adaptação portuguesa Cherpe, Matos e Serra (2009). Esta escala permite avaliar as

estratégias de regulação cognitiva emocional. Apesar de esta escala contemplar a avaliação de nove estratégias, apenas foram avaliadas quatro (total de 16 itens) que correspondem a quatro dimensões: *Aceitação* que avalia os pensamentos de resignação sobre o que aconteceu (“*Penso que tenho que aceitar que isto aconteceu*”), *Ruminação* que corresponde aos pensamentos constantes sobre o acontecimento negativo (“*Estou sempre a pensar nos acontecimentos que esta situação desencadeou em mim*”), *Refocalização Positiva* que corresponde à capacidade em pensar em coisas agradáveis em vez do evento gerador de emoções negativas (“*Penso em coisas agradáveis que nada têm que ver com o que aconteceu*”) e *Colocar em Perspetiva* que avalia pensamentos que colocam em causa a gravidade do acontecimento ameaçador quando comparado com outras situações (“*Penso que tudo poderia ser bem pior*”). A avaliação de cada item é realizada mediante uma escala tipo *Likert* de 5 posições, em que 1 corresponde a “Quase Nunca” e 5 a “Quase Sempre”. Na análise dos valores de consistência interna na amostra em estudo verificaram-se valores de $\alpha = .67$ (*Aceitação*), $\alpha = .76$ (*Ruminação*), $\alpha = .78$ (*Refocalização Positiva*) e $\alpha = .67$ (*Colocar em Perspetiva*).

Por fim, com o objetivo de avaliar a tendência das participantes para suprimir pensamentos negativos indesejados foi utilizado o *Inventário de Supressão do Urso Branco* (*The White Bear Suppression Inventory - WBSI*) desenvolvido por Wegner e Zanakos (1994) e traduzido e adaptado à população portuguesa por Pinto-Gouveia e Albuquerque (2007). Esta escala é composta por 15 itens de auto-relato, avaliados numa escala tipo *Likert* que varia entre 1, que corresponde a “Quase Nunca” e 5, que indica “Quase Sempre”. Para esta investigação, apenas foram utilizados quatro itens relativos à dimensão Supressão de Pensamentos (“*Eu tenho pensamentos que tento evitar*”), com uma consistência interna alta ($\alpha = .79$)

5.4. Inventário do Crescimento Pós-Traumático – Versão Breve

A avaliação do crescimento pós-traumático foi conseguida através do *Inventário do Crescimento Pós-Traumático – Versão Breve* de Cann e colaboradores (2010). Esta escala é a versão reduzida do Inventário de Crescimento Pós-traumático de Tedeschi e Calhoun (1996), sendo esta versão original traduzida e adaptada à população portuguesa por Silva, Moreira, Pinto e Canavarro (2009). A versão breve é composta por 10 itens avaliados numa escala tipo *Likert* de 6 posições, em que 1 corresponde a “Não” (Não sente mudança) e 6 corresponde a “Completamente”, onde o sujeito refere que sentiu

(completamente) a mudança referida. A avaliação do crescimento pós-traumático é realizada em cinco dimensões: (1) Força Pessoal (“*Descobri que sou mais forte do que pensava ser*”), (2) Novas Possibilidades (“*Estabeleci um novo rumo para a minha vida*”), (3) Apreciação da Vida (“*Tenho uma apreciação maior pelo valor da minha própria vida*”), (4) Relação com Outros (“*Sinto-me mais próxima das outras pessoas*”) e (5) Mudança Espiritual (“*Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais*”). Os valores de *alfa* de Cronbach, na amostra em estudo, mostraram-se altos ($\alpha = .88$), o que revela uma boa consistência interna da escala e as subescalas apresentam $\alpha = .56$ (*Apreciação da Vida*), $\alpha = .82$ (*Mudança Espiritual*), $\alpha = .70$ (*Novas Possibilidades*), $\alpha = .83$ (*Relação com Outros*) e $\alpha = .72$ (*Força Pessoal*).

Capítulo III – Apresentação de Resultados

1. Análise das variáveis sociodemográficas e clínicas e a sua contribuição para o Crescimento Pós-Traumático

Com o objetivo de analisar as associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a dimensão do Crescimento Pós-traumático foram utilizados dois tipos de testes estatísticos: a *Correlação Bivariável* e a *Análise de Variância Simples*. Assim, de forma a perceber se a idade da participante está associada com os níveis de crescimento pós traumático foi realizada uma *Correlação Bivariável* entre estas duas variáveis. Os resultados da análise demonstraram que não haver correlação significativa entre estas duas variáveis ($r = -.130, ns$).

Através da realização de três modelos de *Análise de Variância Simples* foi estudada a relação entre as variáveis *Grau de Escolaridade*, *Rendimentos Financeiros* e *Situação Profissional* na variável dependente *Crescimento Pós-Traumático*. Os resultados destas análises demonstraram que não existe associação significativa entre os níveis de Crescimento Pós-Traumático e o *Grau de Escolaridade* das participantes ($F(4,53) = 1,237, ns$), os *Rendimentos Financeiros* ($F(8,47) = 1,301, ns$) e a *Situação Profissional* ($F(3,53) = 1,379, ns$).

A análise da influência das variáveis clínicas (e.g. *Fase da Doença* e *Tempo de Diagnóstico*) na variável dependente *Crescimento Pós-Traumático* foi realizada com recurso às mesmas análises utilizadas anteriormente. Através de uma *Análise de Variância Simples* verificou-se que não existe uma associação significativa entre a variável *Fase da Doença* e a variável *Crescimento Pós-Traumático* ($F(3,53) = 1,366, ns$). Para testar a relação entre o *Tempo desde o Diagnóstico* e a variável dependente foi realizada uma *Correlação Bivariável* que não mostrou associações significativas ($r = .128, ns$).

2. Correlações entre dimensões

Com o intuito de compreender as associações entre as diferentes dimensões em estudo, assim como a sua significância e direccionalidade, realizou-se uma *Correlação Bivariável* (cf. Anexo 5). Na análise dos resultados significativos, é possível verificar que quanto maior o *Evitamento* maior a *Supressão de Pensamentos* ($r = 0,445, p < .01$) e que quanto maior a *Ansiedade* maior é a dimensão de *Ruminação* ($r = 0,272, p < .05$) e a *Supressão de Pensamentos* ($r = 0,393, p < .01$). Por sua vez, constata-se que quanto maior a *Segurança* maior a *Refocalização Positiva* ($r = 0,371, p < .01$), a *Comunicação das Emoções* ($r = 0,530, p < .01$) e o *Controlo Emocional* ($r = 0,286, p < .05$).

Entre as diferentes dimensões de regulação emocional confirma-se que quanto maior a *Aceitação* maior a *Ruminação* ($r = 0,318, p < .05$), *Colocar em Perspetiva* ($r = 0,537, p < .01$) e a *Supressão de Pensamentos* ($r = 0,306, p < .05$). Existe também uma correlação positiva elevada entre a *Supressão* e a *Ruminação* ($r = 0,706, p < .05$), a *Refocalização Positiva* e *Colocar em Perspetiva* ($r = 0,517, p < .01$) e a *Comunicação das Emoções* e o *Controlo Emocional* ($r = 0,565, p < .01$). Denota-se também que quanto maior a *Refocalização Positiva* maior o *Controlo Emocional* ($r = 0,314, p < .05$).

Finalmente verifica-se também uma associação moderada positiva entre o *Crescimento Pós-Traumático* e a *Ruminação* ($r = 0,321, p < .05$) e a *Refocalização Positiva* ($r = 0,322, p < .05$). Ao nível das subescalas do crescimento, verifica-se que quanto maior a *Refocalização Positiva* ($r = 0,280, p < .05$) e *Colocar em Perspetiva* ($r = 0,270, p < .05$) maior a *Apreciação da Vida*. Quanto maior o *Colocar em Perspetiva* maior a *Mudança Espiritual* ($r = 0,267, p < .05$) e quanto maior a *Refocalização Positiva* maior a percepção de *Novas Possibilidades* ($r = 0,440, p < .01$). Ainda, verifica-se que quanto maior a *Ruminação* ($r = 0,268, p < .05$) e a *Refocalização Positiva* ($r = 0,337, p < .01$) maior a dimensão de *Relação com Outros*. Por último, a *Força Pessoal* está positivamente relacionada com a *Aceitação* ($r = 0,270, p < .05$) e a *Ruminação* ($r = 0,293, p < .05$).

3. Preditores do Crescimento Pós-traumático

Após a análise das correlações entre as dimensões em estudo, procedeu-se ao estudo dos possíveis preditores do crescimento pós-traumático. Para isso, recorreu-se à realização de *Regressões Lineares Múltiplas* de modo a avaliar a capacidade das variáveis de *Vinculação* e *Regulação Emocional* na predição da variável dependente *Crescimento Pós-traumático*.

Os resultados desta análise (cf. Tabela 1) indicam que nem todas as estratégias de *Regulação Emocional* e de *Vinculação* estudadas são preditoras do crescimento pós-traumático. Verifica-se que as estratégias *Ruminação* ($F(1,57) = 6,555, p < .05$) e *Refocalização Positiva* ($F(1,57) = 6,579, p < .05$) predizem positiva e significativamente a variável *Crescimento Pós-Traumático*. Cada uma das variáveis prediz 10,3% da variância da variável dependente. Verifica-se também que as estratégias de regulação emocional estudadas explicam 37,7% da variância do *Crescimento Pós-Traumático*. Denotar que os pressupostos de normalidade, linearidade e multicolinearidade foram avaliados e estão assegurados.

Tabela 1. Análise de Regressões Lineares Múltiplas para avaliar os preditores do Crescimento Pós-Traumático.

Dependente	Preditor	R ²	B
Crescimento Pós-Traumático	Ansiedade	.002	-.043
	Evitamento	.005	.068
	Segurança	.013	.113
	Ruminação	.103*	.321*
	Refocalização Positiva	.103*	.322*
	Aceitação	.014	.120
	Comunicação das Emoções	.058	.241
	Controlo Emocional	.005	.072
	Supressão	.041	.204
	Colocar em Perspetiva	.033	.181
	R ² Total		.377*

Nota. N = 59. β – beta estandardizado. R² - coeficiente de determinação. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

As mesmas variáveis independentes foram usadas para avaliar a predição das subescalas da dimensão *Crescimento Pós-Traumático* (*Apreciação da Vida, Mudança Espiritual, Novas Possibilidades, Relação com Outros e Força Pessoal*). Desta forma, recorreu-se novamente ao modelo de *Regressões Lineares Múltiplas* (cf. Tabela 2) de forma a estudar o valor preditivo das dimensões de *Vinculação* e de *Regulação Emocional* nas diferentes subescalas do *Crescimento Pós-Traumático*.

Os resultados mostram que as estratégias de *Refocalização Positiva* ($F(1,56) = 4,746, p < .05$) e *Colocar em Perspetiva* ($F(1,56) = 4,414, p < .05$) são preditoras da subescala *Apreciação da Vida*. A subescala da *Mudança Espiritual* é predita pela estratégia de regulação emocional *Colocar em Perspetiva* ($F(1,56) = 4,306, p < .05$), assim como a subescala das *Novas Oportunidades* é predita significativamente pela estratégia da *Refocalização Positiva* ($F(1,56) = 13,462, p = .001$). Verificou-se também que a *Ruminação* ($F(1,57) = 4,409, p < .05$) e a *Refocalização Positiva* ($F(1,57) = 7,287, p < .05$) são preditoras significativas da subescala *Relação com Outros*. Finalmente, denota-se que a *Aceitação* é preditora da *Força Pessoal* ($F(1,57) = 4,486, p < .05$).

Tabela 2. Análise de regressões lineares múltiplas para avaliar os preditores das subescalas do Crescimento Pós-Traumático.

Dependente	Preditor	R ²	B
Apreciação da Vida	Ansiedade	.000	-.017
	Evitamento	.025	.159
	Segurança	.010	-.100
	Ruminação	.009	.096
	Refocalização Positiva	.078*	.280*
	Aceitação	.048	.218
	Comunicação das Emoções	.007	.084
	Controlo Emocional	.010	.098
	Supressão	.017	.129
	Colocar em Perspetiva	.073*	.270*
Mudança Espiritual	Ansiedade	.029	-.169
	Evitamento	.005	-.070
	Segurança	.002	.049
	Ruminação	.043	.208
	Refocalização Positiva	.036	.190
	Aceitação	.025	.159
	Comunicação das Emoções	.038	.194
	Controlo Emocional	.022	.147
	Supressão	.041	.202
	Colocar em Perspetiva	.071*	.267*
Novas Possibilidades	Ansiedade	.006	-.076
	Evitamento	.002	.040
	Segurança	.045	.212
	Ruminação	.047	.216
	Refocalização Positiva	.194**	.440**
	Aceitação	.002	.050
	Comunicação das Emoções	.051	.226
	Controlo Emocional	.004	.060
	Supressão	.013	.116
	Colocar em Perspetiva	.041	.201

Relação com Outros	Ansiedade	.000	-.009
	Evitamento	.000	-.008
	Segurança	.045	.212
	Ruminação	.072*	.268*
	Refocalização Positiva	.113*	.337*
	Aceitação	.002	.042
	Comunicação das Emoções	.026	.161
	Controlo Emocional	.004	-.063
	Supressão	.009	.097
	Colocar em Perspetiva	.015	.123
Força Pessoal	Ansiedade	.011	-.104
	Evitamento	.000	-.021
	Segurança	.000	-.021
	Ruminação	.086*	.293*
	Refocalização Positiva	.005	.068
	Aceitação	.073*	.270*
	Comunicação das Emoções	.026	.162
	Controlo Emocional	.003	.055
	Supressão	.018	.134
	Colocar em Perspetiva	.018	.133

Nota. N = 59. β – beta estandardizado. R² - coeficiente de determinação. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

4. Análise da Regulação Emocional como Variável Mediadora

Com o objetivo de avaliar o efeito mediador da variável Regulação Emocional recorreu-se aos modelos de *Regressão Linear Múltipla e Hierárquica*. Esta análise propõe avaliar se a variável *Regulação Emocional* (VM) tem um papel mediador entre a variável independente *Vinculação* (VI) e o *Crescimento Pós-Traumático* (VD) e, desta forma, testar a hipótese de mediação da *Regulação Emocional*. Para o estudo da hipótese de mediação foram realizadas quatro análises: (1) avaliou-se a capacidade da VI prever a VD; avaliou-se a capacidade da VI prever a VM; (3) a capacidade da VM prever a VD, controlando a VI e (4) se a relação entre a VI e VD controlando a VM (Baron & Kenny, 1986). Foram testados dois modelos de hipótese de mediação recorrendo a dois conjuntos de variáveis: a) *Segurança – Refocalização Positiva –*

Crescimento Pós-traumático e b) Ansiedade – Ruminação – Crescimento Pós-Traumático.

Na análise de resultados do primeiro conjunto de análises (cf. Tabela 3), verifica-se que a *Segurança* (VI) não é preditora significativa do *Crescimento Pós-Traumático* (VD) (análise 1) mas prediz significativamente a *Refocalização Positiva* (VM) em 13,8 % da sua variância (análise 2). Na análise 3, pode-se concluir que a variável mediadora *Refocalização Positiva* prediz 9,1% da variável dependente, quando a VI é controlada. Por último na análise 4, verifica-se que o valor da relação entre a VI e a VD, controlando a VM é zero. Contudo, como a primeira análise do modelo não é significativa, a hipótese de mediação não se confirma. Contudo, alguns autores (Kenny, Kashy, & Bolger, 1998; MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West, & Sheets, 2002) têm postulado que a primeira análise definida por Baron e Kenny (1986) não é fundamental no estudo da mediação, uma vez que resultados significativos nas análises 2 e 3 implicam uma associação entre a VI e a VD. No entanto, este princípio continua a ser alvo de debate. Desta forma, apesar de não ser possível a confirmação da hipótese de mediação da *Refocalização Positiva*, as análises sugerem um efeito indireto entre este conjunto de variáveis, em que a *Segurança* prediz significativamente a *Refocalização Positiva* que, por sua vez, prediz o *Crescimento Pós-traumático*.

Tabela 3. Análise de regressão hierárquica para testar a hipótese de mediação recorrendo às dimensões *Segurança*, *Refocalização Positiva* e *Crescimento Pós-traumático*

Preditor	R ²	ΔR ²	B
Análise 1 ^a :Segurança	.013		
Análise 2 ^b : Segurança	.138*		.371*
Análise 3 ^a :			
Bloco 1:Segurança	.013		-.008
Bloco 2: Refocalização Positiva	.104*	.091*	.324*
Análise 4 ^a :			
Bloco 1: Refocalização Positiva	.103*		.324*
Bloco 2: Segurança		.000	-.008

Nota. N = 59. β – beta estandardizado. R² - coeficiente de determinação. ΔR² - incremento no valor do coeficiente de determinação. ^a - variável dependente: *Crescimento Pós-traumático*; ^b - variável dependente: *Refocalização Positiva*. *p < 0,05; **p < 0,001

Os resultados do segundo conjunto de variáveis em análise (cf. Tabela 4) mostraram que a dimensão *Ansiedade* não prediz a variável dependente (análise 1) mas prediz a

Ruminação (análise 2). Na análise 3 verifica-se que a *Ruminação* prediz significativamente o *Crescimento Pós-traumático*, quando a variável *Ansiedade* é controlada, explicando 12% da sua variância. Para além da análise 4 não ser estatisticamente significativa, verifica-se que o valor do coeficiente de determinação aumenta na relação *Ansiedade-Crescimento* quando a variável mediadora é controlada, o que pode remeter para a existência de um *efeito de supressão* da variável mediadora na relação entre estas variáveis, pois a relação entre a VI e a VD tende a intensificar-se quando introduzida a VM. Contudo, tal como na análise anterior, verificar-se que pode existir um *efeito indireto* entre este conjunto de variáveis uma vez que a *Ansiedade* prediz significativamente a *Ruminação* que, por sua vez, prediz o *Crescimento Pós-traumático*.

Tabela 4. Análise de regressão hierárquica para testar a hipótese de mediação recorrendo às dimensões *Ansiedade*, *Ruminação* e *Crescimento Pós-traumático*

Preditor	R ²	ΔR ²	B
Análise 1 ^a : Ansiedade	.002		
Análise 2 ^b : Ansiedade	.074*		.272*
Análise 3 ^a :			
Bloco 1: Ansiedade	.002		-.141
Bloco 2: Ruminação	.121*	.120*	.359*
Análise 4 ^a :			
Bloco 1: Ruminação	.103*		.359*
Bloco 2: Ansiedade	.121	.018	-.141

Nota. N = 59. β – beta estandardizado. R² - coeficiente de determinação. ΔR² - incremento no valor do coeficiente de determinação. ^a - variável dependente: *Crescimento Pós-traumático*; ^b - variável dependente: *Ruminação*. *p < 0,05; **p < 0,001

1. Discussão dos Resultados Apresentados

Neste capítulo serão analisados e discutidos os resultados apresentados no capítulo anterior, recorrendo a artigos e estudos que ajudem na compreensão dos dados obtidos. Inicialmente serão discutidos os resultados relativos à influência das variáveis sociodemográficas e clínicas no crescimento pós-traumático, seguido pela análise e compreensão dos resultados referentes aos preditores do crescimento pós-traumático, terminando com a discussão dos resultados obtidos face ao estudo da hipótese mediadora.

Numa primeira análise, estudou-se a influência de variáveis de cariz sociodemográfico e clínico nos níveis de crescimento pós-traumático reportados pelas participantes. Estes resultados mostraram não existir associações significativas entre as variáveis *idade da participante, nível de escolaridade, rendimentos financeiros, fase da doença e tempo desde o diagnóstico* nos níveis de crescimento pós-traumático. Apesar de a primeira hipótese de estudo não se confirmar, compreende-se a existência de possíveis explicações para estes resultados. Ao nível das variáveis sociodemográficas compreende-se que, em consistência com o estudo de Sventina e Nastram (2012), mulheres mais jovens não reportaram maiores níveis de crescimento pós-traumático do que mulheres mais velhas. Este resultado é inconsistente com vários estudos (Bellizzi & Blank, 2006; Cordova *et al.*, 2007; Gallagher-Ross, 2011) que postulam que um acontecimento desta natureza tende a ter um maior impacto em mulheres que ainda estão numa fase inicial do seu projeto de vida, numa fase desenvolvimental onde a mulher lida com tarefas psicossociais como o estabelecimento de uma relação amorosa estável e a constituição familiar (Erikson, 1980). Não obstante, e tendo em consideração as idades das participantes que compõem este estudo, denota-se que a grande maioria (94,9%) são casadas e 96,6% tem pelo menos um filho. Estas características poderão ajudar a explicar a não significância dos resultados obtidos uma vez que o impacto do diagnóstico de cancro de mama pode não ter colocado em causa as principais tarefas psicossociais definidas para estas faixas etárias. Outro motivo que pode ajudar a explicar este resultado passa pela contribuição dos avanços médicos nas técnicas de diagnóstico e de intervenção que propiciam, cada vez mais, uma maior taxa de sobrevivência nesta população clínica. Desta forma, apesar das exceções, são muitos os casos em que a patologia é detetada precocemente e a intervenção é contingente e

eficaz, o que poderá contribuir para uma percepção menos ameaçadora da patologia, explicando a ausência de diferenças entre estas variáveis.

O estudo da relação entre o grau de escolaridade e os níveis de crescimento pós-traumático também não revelou resultados significativos. O facto de algumas investigações encontrarem uma associação significativa positiva entre estas variáveis (Cordova *et al.*, 2007; Sears *et al.*, 2003; Danhauer *et al.*, 2013) e outros estudos mostrarem uma associação negativa (Weiss, 2004; Tomich & Helgenson, 2004; Bellizzi & Blank, 2006), indica que a literatura neste domínio é inconsistente. Cordova e colaboradores (2007) avançam com a explicação que um elevado grau de escolaridade poderá constituir uma ferramenta que pode promover o processo cognitivo (e.g. reavaliação positiva e criação de significado) subjacente ao crescimento pós-traumático. Um estudo de Bellizzi e Blank (2006) que encontraram que baixos níveis de escolaridade estavam associados ao crescimento, nomeadamente na subescala de *Relação com Outros*, postulando que estas mulheres poderão ter maior disponibilidade para investir em relações interpessoais que, mais tarde, poderão ser fonte de segurança e validação emocional, característica fundamental para a ocorrência do fenómeno de crescimento (Tedeschi & Calhoun, 2004). Um estudo de Weiss (2004) encontrou uma associação negativa entre o nível de educação e a subescala da *Mudança Espiritual*, explicitando que mulheres com um grau de escolaridade mais elevado demonstram crescer mais no domínio dos processos cognitivos, ao contrário de mulheres com níveis de escolaridade mais baixos que apresentam maior facilidade em crescer ao nível da mudança espiritual. Apesar de 66,1% da amostra apresentar grau de escolaridade igual ou inferior ao 9º ano de escolaridade não são encontradas associações significativas entre estas variáveis demonstrando que o *grau de escolaridade* não parece contribuir para a compreensão do crescimento pós-traumático na presente amostra.

Relativamente à associação entre os rendimentos financeiros e os níveis de crescimento pós-traumático, os resultados não revelaram correlações significativas. Era esperado que os rendimentos financeiros desempenhassem um papel “amortecedor” (Cordova *et al.*, 2001) devido à diminuição de preocupações relativas a gastos económicos e ao facto de poder proporcionar um ambiente de maior conforto nesta fase de maior fragilidade. No entanto, os resultados sugerem que não existe relação entre estas variáveis.

Ao nível do estudo das variáveis de cariz clínico os resultados revelam a inexistência de relação entre a fase da doença e o crescimento pós-traumático, assim

como a não associação entre o tempo desde o diagnóstico e o crescimento. Esperava-se que mulheres com cancro de mama que se encontravam numa fase de recuperação ou follow-up apresentariam maiores níveis de crescimento assim como quanto maior o tempo desde o diagnóstico maiores os níveis de crescimento pós-traumático reportados (Sears *et al.*, 2003; Bellizzi & Blank, 2006). Estes resultados vão, de certa forma, ao encontro de estudos recentes que descobriram que o fenómeno de crescimento pós-traumático pode surgir poucos meses depois do diagnóstico (Danhauer *et al.*, 2013) ou depois da fase de tratamentos (Silva *et al.*, 2012). Outros estudos (Cordova *et al.*, 2007) não encontraram resultados significativos entre a fase da doença e o crescimento.

A inconsistência destes resultados poderá estar relacionada com a variabilidade das amostras e das medidas utilizadas. Estes resultados mostram também que a importância de variáveis como *idade, grau de escolaridade e rendimentos financeiros* na explicação do crescimento pós-traumático é baixa, sendo que variáveis mais contextuais e/ou interpessoais (e.g. suporte social, estratégias de *coping*, estratégias de regulação emocional) poderão oferecer um contributo mais importante na compreensão deste fenómeno. Estes resultados, apesar de incongruentes com alguns estudos, são consistentes com outros que sugerem que o suporte emocional é mais frequentemente associado ao crescimento pós-traumático do que o suporte instrumental (Manne *et al.*, 2004; Svetina & Nastran, 2012).

Quanto à segunda hipótese de investigação, não foram encontradas correlações significativas entre as dimensões da vinculação (e.g. *Segurança, Ansiedade e Evitamento*) e os níveis crescimento pós-traumático, algo inesperado tendo em conta a grande documentação teórica e empírica que refere que indivíduos com uma vinculação mais segura parecem estar melhor “equipados” para lidar com situações de vida ameaçadoras (Schmidt *et al.*, 2011). Estes resultados são consistentes com um estudo de Gallagher-Ross (2011) onde também não foram encontradas associações significativas entre o crescimento pós-traumático e as dimensões de vinculação *Ansiedade e Evitamento*. No entanto, é necessário ter em consideração o reduzido tamanho da amostra em estudo que poderá estar a influenciar o facto de não serem encontradas associações significativas. Torna-se importante continuar o estudo desta associação, recorrendo à utilização de outros instrumentos de avaliação (e.g., *Questionário de Vinculação Adulta* de Collins e Read, 1990).

Com base no modelo de compreensão do crescimento pós-traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004) denota-se a importância da presença de uma figura que transmita

segurança, empatia e valide sentimentos para que seja mais provável o surgir de questionamentos e, conseqüentemente, de processos cognitivos de reestruturação de crenças básicas associadas à percepção de si próprio, dos outros e do mundo. Desta forma, e com base na teoria de vinculação do adulto, parte-se do pressuposto que o marido/companheiro romântico desempenha esse papel de figura segura e responsiva que poderá ser uma “peça” essencial deste processo.

Um parceiro romântico e uma estrutura familiar apoiante oferecem um “lugar seguro” onde a mulher pode partilhar emoções e preocupações associadas à doença oncológica o que poderá promover um maior foco por parte da mulher em novas informações relacionadas com o evento traumático, promovendo a progressiva construção de uma nova narrativa de vida que inclui a experiência de cancro de mama. Um companheiro apoiante tende a permitir que a mulher fale mais abertamente sobre a experiência traumática, ajudando-a a tolerar os pensamentos e sentimentos negativos consequentes do cancro e encorajando-a a investir na procura de novas formas de perceber o mundo (Weiss, 2004).

Esta não associação entre as dimensões da *Vinculação* e o *Crescimento pós-traumático* pode ser explicada pelo facto de que podem existir outras figuras (e.g., outros familiares, profissionais de saúde, amigos ou o apoio de mulheres que estão a passar pela mesma situação) que desempenhem este papel de promotores de crescimento. Vários autores focam a sua investigação no estudo de variáveis como o *Apoio Social* e a sua contribuição para o crescimento pós-traumático. Por exemplo, há estudos que reportam que existe uma associação significativa entre um apoio social e os níveis de crescimento pós-traumático (Bozo *et al.*, 2009) assim como uma associação significativa entre a experiência de “falar sobre o cancro” e o crescimento (Cordova *et al.*, 2001). A auto-revelação em ambientes sociais seguros é considerada também um aspeto importante na promoção de crescimento (Tedeschi & Calhoun, 2004). Assim, apesar de o companheiro romântico se definir como uma das principais figuras de apoio a mulheres que estão a passar por uma experiência de doença oncológica, existem outros fatores e/ou recursos que podem ter uma maior influência no processo de crescimento do que a qualidade da relação com o parceiro romântico. De notar que, apesar destes estudos focarem a importância da comunicação no crescimento pós-traumático, os resultados da presente investigação não mostraram associações significativas, algo que deverá continuar a ser alvo de estudo por parte dos investigadores.

Ao nível do estudo da terceira hipótese formulada, esta foi parcialmente confirmada uma vez que, das várias estratégias de regulação emocional avaliadas, apenas a *Refocalização Positiva* e a *Ruminação* apresentaram associações positivas e significativas com o crescimento pós-traumático. De acordo com a hipótese desenvolvida, os resultados demonstraram que a *Refocalização Positiva*, estratégia de regulação emocional cognitiva que passa pela capacidade de pensar em estímulos mais agradáveis em vez do evento gerador de emoções negativas (Endler & Parker, 1990 *cit in* Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001), está associada positivamente ao crescimento pós-traumático. Esta estratégia é considerada uma forma positiva de regulação cognitiva emocional que está associada, entre outras, à promoção de bem-estar, funcionalidade, motivação e organização após o confronto com acontecimentos de vida negativos (Garnefski & Kraaij, 2007).

As estratégias cognitivas de regulação emocional têm sido alvo de vários estudos (Garnefski, Teerds, Kraaij, Legerstee, & Kommer, 2004; Garnefski & Kraaij, 2007) que indicam que sujeitos que recorrem mais facilmente a estratégias como a *refocalização positiva*, o *planeamento*, a *aceitação* e a *reavaliação positiva* tendem a demonstrar maiores níveis de otimismo e auto-estima e menores índices de ansiedade e depressão. Contrariamente, sujeitos que apresentam um maior recurso a estratégias como a *ruminação*, a *catastrofização* e *autoculpabilização* mostram maiores níveis de ansiedade e depressão. Estes investigadores, devido a várias limitações ao nível do *design* experimental, apontam para a importância da realização de mais investigações que corroborem estes resultados.

Os resultados da presente investigação mostram que a *Ruminação* está também associada a maiores níveis de crescimento pós-traumático em mulheres com cancro da mama. O termo “ruminação” é muitas vezes conotado negativamente, facilmente caracterizado como um tipo de pensamento intrusivo que gera mal-estar psicológico. Nesta linha de investigação, maiores níveis de ruminação estavam associados a um aumento de *stress*, depressão e ansiedade (Nolen-Hoeksema, 2000). No entanto, nos últimos anos têm surgido novos estudos que têm apontado para a importância da distinção entre diferentes tipos de ruminação e do estudo da sua influência no crescimento pós-traumático (Morris & Shakespeare-Finch, 2011).

A evidência empírica neste domínio refere que estratégias de ruminação estão muitas vezes associadas quer ao mal-estar psicológico como ao crescimento pós-traumático, estados que podem coexistir, e que sugerem que a ruminação se pode

manifestar em diferentes formas, que incorporem tanto conteúdos negativos como positivos (Calhoun & Tedeschi, 1998). Especificamente podem ser definidos dois tipos de ruminação: a) a *ruminação automática ou intrusiva*, onde pensamentos indesejados invadem o mundo cognitivo e b) a *ruminação deliberada*, como um processo consequente de reflexão e reavaliação de objetivos em relação ao evento traumático (Calhoun, Cann, Tedeschi & McMillan, 2000). Vários estudos (Affleck & Tennen, 1996; Calhoun *et al.*, 2000; Morris & Shakespeare-Finch, 2011; Stockton, Hunt & Joseph, 2011) têm mostrado que a ruminação deliberada tende a estar mais associada ao crescimento pós-traumático do que a ruminação intrusiva que, por sua vez, é frequentemente relacionada a sintomas depressivos, aumento dos níveis de *stress*, pensamentos negativos e diminuição da capacidade de resolução de problemas.

No entanto, um estudo de Taku, Cann, Tedeschi e Calhoun (2009) mostrou que as duas formas de ruminação, quer a deliberada e a intrusiva, podem estar positivamente associadas com o crescimento pós-traumático. Estes autores avançam que a ocorrência ruminação intrusiva logo após o evento traumático está relacionada com o crescimento, uma vez que este processamento cognitivo inicial, mesmo intrusivo, promove um pensamento mais deliberado em fases posteriores. Ainda, no mesmo estudo, os autores encontraram que uma ruminação deliberada logo após o acontecimento traumático predizia fortemente a ocorrência de crescimento pós-traumático, concluindo que um processamento cognitivo construtivo está mais associado ao fenómeno de crescimento. Seria importante, em futuras investigações, investigarem a influência de vários tipos de ruminação nos índices de crescimento pós-traumático em mulheres com cancro da mama.

No presente estudo, a dimensão *Ruminação* é avaliada através de quatro itens do *Questionário de Regulação Cognitiva Emocional* nomeadamente, “*Penso frequentemente no modo como me sinto sobre o que aconteceu*”, “*Estou preocupada com o que penso e sinto acerca do que aconteceu*”, “*Quero compreender porque me sinto deste modo face ao que aconteceu*” e “*Estou sempre a pensar nos sentimentos que esta situação desencadeou em mim*”. Através de uma avaliação do conteúdo destes itens compreende-se que podem não ser, necessariamente, interpretados como forma de regulação cognitiva emocional negativa. No entanto, é necessária a realização de novas investigações que foquem o estudo da influência de diferentes tipos de ruminação nos níveis de crescimento pós-traumático em mulheres com cancro da mama.

Um aspeto interessante relativamente à dimensão de *Ruminação* nesta investigação é o facto de esta aparecer correlacionada a dimensões como a *Supressão*, a *Apreciação da Vida*, *Relação com Outros* e a *Força Pessoal*. Surpreendentemente, os resultados apresentados sugerem que, nesta amostra, a *Ruminação* está fortemente associada à *Supressão*, constructos que à partida não estão associados. No entanto, numa análise mais cuidadosa do conteúdo dos itens relativos à *Supressão* (e.g., “*Há coisas sobre as quais prefiro não pensar*”, “*Por vezes mantenho-me ocupada só para impedir que certos pensamentos me invadam*”, “*Muitas vezes faço coisas para me distrair dos meus pensamentos*” e “*Eu tenho pensamentos que tento evitar*”) compreende-se que esta associação pode ser explicada através do facto de os itens da supressão poderem também ser interpretados como uma estratégia positiva de regulação emocional, uma vez que a sua formulação não parecem avaliar níveis extremos de *Supressão*.

Os resultados relativos às dimensões de *Vinculação* e de *Regulação Emocional* mostraram que estas variáveis predizem 37,7% do *Crescimento Pós-traumático*. Apesar de ser uma predição modesta, torna-se importante salientar que, neste estudo, estas variáveis de cariz mais relacional e emocional apresentam uma maior relação com o crescimento do que variáveis sociodemográficas e clínicas. Estes resultados mostram que as investigações nesta área devem continuar a apostar numa análise mais interpessoal e intrapessoal deste fenómeno.

Numa análise mais pormenorizada do papel das diferentes estratégias de regulação emocional na predição das subescalas do crescimento pós-traumático verificou-se que a *Refocalização Positiva* e a *Ruminação* se configuraram como as estratégias mais significativas, nomeadamente ao nível da *Apreciação da Vida*, *Relação com Outros* e *Novas Possibilidades* no caso da *Refocalização Positiva* e nas subescalas *Relação com Outros* e *Força Pessoal* no caso da estratégia de *Ruminação*. Estes resultados mostram que diferentes estratégias de regulação emocional parecem predizer diferentes subescalas do crescimento pós-traumático. A estratégia *Colocar em Perspetiva*, embora não prediga significativamente o *Crescimento Pós-traumático*, mostra-se um preditor significativo das subescalas de *Apreciação da Vida* e da *Mudança Espiritual*. Estas diferenças poderão estar relacionadas com os mecanismos cognitivos envolvidos em cada uma das estratégias de regulação emocional algo evidente, por exemplo, na associação entre a *Refocalização Positiva* e as subescalas das *Novas Oportunidades*, *Apreciação da Vida* e *Relação com Outros*, onde o facto de a mulher demonstrar capacidade em focar-se em estímulos positivos, em detrimento dos negativos, parece

potenciar uma visão mais positiva acerca da sua própria vida e relativamente ao seu relacionamento com outros significativos.

Por último, é importante salientar a não confirmação da hipótese de mediação. Efetivamente, apesar de terem sido encontrados resultados que mostram a relação significativa entre *Segurança* e *Refocalização Positiva* e *Refocalização Positiva* e *Crescimento Pós-traumático* e uma relação positiva entre *Ansiedade* e *Ruminação* e *Ruminação* e *Crescimento Pós-traumático* não podem ser tiradas conclusões significativas relativamente à mediação da variável *Regulação Emocional*. Este resultado pode ter sido influenciado por características específicas da amostra em estudo nomeadamente a fase da doença em que a maioria das participantes se encontra. De facto, 64,4% das participantes encontra-se numa fase de tratamentos oncológicos onde é mais frequente o recurso a estratégias de regulação emocional mais negativas de forma a permitir a ventilação emocional necessária nesta fase. Este aspeto poderá influenciar estes resultados uma vez que o número de mulheres que se encontram numa fase mais estável (e.g. recuperação ou sobrevivência) da doença é consideravelmente menor. De acordo com o modelo de Tedeschi e Calhoun (2004), estas mulheres seriam aquelas que recorreriam mais facilmente a estratégias de regulação emocional mais positivas e ativas uma vez que, com o decorrer do tempo, o recurso a estratégias de regulação emocional mais centradas na ventilação emocional iria diminuir e dar lugar a mecanismos mais adaptativos de regulação de estados emocionais. Desta forma, a inclusão de estratégias maioritariamente positivas e construtivas na avaliação da regulação emocional apenas permitiu aceder a uma pequena parte da multidimensionalidade deste constructo. Apesar da não confirmação da hipótese de mediação, estes resultados apontam para um possível *efeito indireto* entre as variáveis em estudo, uma vez que os resultados da presente investigação mostram que a dimensão *Segurança* prediz significativamente a *Refocalização Positiva* que, por sua vez, prediz significativamente a dimensão do *Crescimento Pós-traumático*. Verifica-se também que a dimensão *Ansiedade* prediz significativamente a *Ruminação* e que esta prediz positiva e significativamente o *Crescimento Pós-traumático*. Estes resultados apontam assim para um possível *efeito indireto* entre estas variáveis sendo necessário, contudo, a realização de análises adicionais mais robustas que confirmem estas hipóteses.

2. Limitações do Estudo e Propostas para Investigações Futuras

Avaliar o crescimento pós-traumático numa população clínica acarreta uma série de riscos difíceis de controlar. Sendo um constructo multidimensional (Tedeschi & Calhoun, 1996) e facilmente influenciável por acontecimento de vida passados torna-se um desafio conseguir controlar todas as variáveis existentes de forma a apenas avaliarmos a dimensão pretendida. Desta forma, na avaliação do crescimento pós-traumático, apesar de ser explicitamente pedido às participantes para se referirem a possíveis mudanças ocorridas como consequências da doença oncológica, torna-se difícil afirmar com certezas que efetivamente foi avaliado o crescimento pós-traumático consequente do confronto com o cancro da mama. Assim, a ocorrência de outros acontecimentos de vida suficientemente ameaçadores e/ou traumáticos, que possam ter colocado em causa as crenças básicas das participantes acerca de si, dos outros e do mundo, poderá estar também a ser avaliada.

Importa também ressaltar o facto de não ter sido avaliado o impacto da experiência de cancro de mama nas participantes em estudo o que pode contribuir para que algumas mulheres, devido a fatores como a severidade da doença, não tenham experienciado este acontecimento como traumático e, desta forma, não ser possível a ocorrência de crescimento pós-traumático nestas mulheres. Na presente investigação, não foi possível a avaliação de variáveis como a severidade da doença uma vez que a maioria das participantes em estudo não respondeu a grande parte das questões relativas à informação clínica. Efetivamente, esta é uma limitação deste estudo, pois não foi possível reunir informação suficiente para uma melhor caracterização da amostra em termos clínicos.

No caso da hipótese de mediação, o facto de se ter procedido à avaliação da variável mediadora *Regulação Emocional* no mesmo momento temporal que as outras variáveis pode também ter influenciado os resultados obtidos. O estudo de hipóteses de mediação são preferencialmente realizados em estudos longitudinais onde existe a possibilidade de avaliarem estas variáveis em diferentes momentos temporais.

O reduzido tamanho da amostra em estudo pode também constituir uma limitação para esta investigação uma vez que não permite a utilização de análises estatísticas mais sofisticadas e elaboradas assim como a generalização dos resultados. O processo de recolha de dados nestas situações apresenta alguns obstáculos nem sempre fáceis de contornar (e.g., pouca disponibilidade para preencher o questionário,

considerarem as questões “demasiado íntimas”, esquecer de remeter o protocolo) que não permitiram reunir um maior número de participantes.

É importante salientar que existe a possibilidade de algumas respostas dos participantes sejam derivadas da desejabilidade social, uma vez que são realizadas questões relativas à intimidade emocional do casal. O facto de os questionários não terem sido preenchidos na presença da investigadora pode também contribuir para que possam existir algumas respostas enviesadas ou itens mal interpretados. O desenho transversal desta investigação e o tamanho da amostra impossibilitam a extração de conclusões causais e a generalização dos resultados.

Para estudos futuros, torna-se essencial continuar esta linha de investigação de forma a compreender que outras estratégias de regulação emocional poderão influenciar o desenvolvimento do crescimento pós-traumático nesta população clínica. Importa ainda aprofundar conhecimentos relativamente ao papel destas estratégias no processo de crescimento, nomeadamente compreender qual o contributo de diferentes tipos de ruminação na promoção de crescimento pós-traumático em mulheres com cancro da mama. Apesar de os resultados desta investigação não sugerirem a associação entre dimensões da vinculação e os níveis de crescimento, poderá ser importante continuar a investigação neste domínio, uma vez que existe uma grande evidência teórica que suporta esta associação. Importa também continuar a investigação no que diz respeito ao estudo da natureza da relação entre variáveis, recorrendo à análise de hipóteses de mediação que nos permitem conhecer como as variáveis se relacionam. Continuando a presente investigação, seria interessante recorrer a estratégias de análise estatística mais robustas, assentes em modelos de equações estruturais, que permitam analisar estatisticamente possíveis *efeitos indiretos* verificados.

3. Considerações Finais

A presente investigação teve como principal objetivo oferecer um contributo empírico na compreensão do fenómeno do crescimento pós-traumático em mulheres com cancro da mama. Inicialmente, e com base numa vasta revisão bibliográfica, foram elaboradas algumas hipóteses de estudo que foram analisadas e discutidas no presente documento. Como principais conclusões deste trabalho aponta-se o importante contributo de estratégias de regulação emocional nos índices de crescimento, nomeadamente estratégias de *Ruminação* e de *Refocalização Positiva*. Estes resultados

são suportados pela investigação neste domínio, uma vez que o modelo de compreensão do crescimento pós-traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004) postula que os mecanismos de ruminação são parte importante para a ocorrência de crescimento. A estratégia de *Refocalização Positiva*, neste modelo, poderá funcionar como uma estratégia que, a par da *Ruminação*, poderá manter um equilíbrio cognitivo saudável que promova o desenvolver do crescimento pós-traumático. Para além destas estratégias, e embora os resultados não corroborarem significativamente esta hipótese, é importante a presença de um suporte social empático e responsivo em alturas de maior fragilidade emocional que promovam ventilação emocional, desafio de crenças e construção de uma nova narrativa de vida, processos essenciais à emergência deste fenómeno.

Apesar de todas as limitações supracitadas, estes resultados oferecem um contributo relevante para a prática clínica neste domínio. Com base nos resultados deste estudo compreende-se que variáveis de cariz mais relacional e emocional têm maior influência no crescimento pós-traumático do que variáveis sociodemográficas e clínicas, salientando a importância de apoio, por parte dos profissionais de saúde e das figuras mais significativas, da vivência emocional e relacional em mulheres que estão a passar por uma situação de doença oncológica. Estes resultados apontam também para uma desmistificação do conceito negativo de ruminação, uma vez que a sua ocorrência pode contribuir para o desenvolvimento do crescimento pós-traumático. Em termos práticos, é importante que este mecanismo ocorra, não focando apenas aspetos negativos da experiência de cancro da mama mas, principalmente, e aliado à existência de uma figura que transmita empatia e segurança emocional, se configure como um mecanismo que promova a reestruturação e redefinição das crenças básicas da mulher, processamento cognitivo básico subjacente ao crescimento pós-traumático. De notar que a ocorrência de crescimento pós-traumático não é universal mas que pode e deve ser promovido em contexto psicoterapêutico.

Referências Bibliográficas

- Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Ainsworth, M. D.S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 331-341.
- American Cancer Society. (2010). *Breast Cancer*. Atlanta: American Cancer Society, Inc.
- Ávila, M., Vieira, J., & Matos, P. M. (2011). *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Adaptação para português*. Manuscrito não publicado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment. Do they converge? In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 25-45). New York: Guilford Press
- Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors. *Journal of Health Psychology*, 25, 47-56.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse, and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63, 32-39.
- Bower, J. E., Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A., Bernaards, C. A., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 29, 236-245.
- Bowlby, J. (1969/91). *Attachment and loss*, Vol. 1: Attachment. Londres: Hogarth Press. (1ª Edição 1969).

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*, Vol. 2: Separation, anxiety and anger. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure-base. Parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge.
- Bozo, O., Gündođdu, E., & Büyükasik-Colak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *Journal of Health Psychology, 14*, 1009–1020.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice. *Journal of Social Issues, 54*, 357-371.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (Eds.). (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N. & Danhauer, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress & Coping, 23*, 127-137.
- Cassidy, J. & Berlin, L. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development, 65*, 971-981.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: influences of attachment relationships. In N. Fox (Ed.), *Emotion regulation: Biological and biological considerations* (pp. 228–249). *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K. & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology, 15*, 434-437
- Collins, N. L. & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: an attachment theory perspective on support Seeking and Caregiving in Intimate Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 1053-1073.
- Collins, N. L. & Feeney, B. C. (2004). Working Models of Attachment Shape Perceptions of Social Support: Evidence From Experimental and

Observational Studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 363-383.

Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Journal of Health Psychology*, 20, 176-185.

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.

Danhauer, S., Case, L., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., Ip, E. & Avis, N. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22, 2676-2683

Dias, M. R., Manuel, P., Xavier, P., & Costa, A. (2002). O cancro da mama no "seio" da família. In M. R. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 303-320). Lisboa: Climepsi Editores.

Erikson, E. H. (1980). Identity and the life cycle. New York: Norton & Company

Feeney, B. C. (2004). A secure base: Responsive support of goal strivings and exploration in adult intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 631-648.

Feeney, J.A. (1995). Adult attachment and emotional control. *Personal Relationships*, 2, 143-159.

Feeney, J.A. (2000). Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child: Care, Health and Development*, 26, 277-288.

Ferlay, J., Shin, H. R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., & Parkin, D. M. (2010). GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Acedido em <http://globocan.iarc.fr>

Ferreira, M., & Mamede, M. (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 11, 299-304.

Fuendeling, J. M. (1998). Affect regulation as a stylistic process within adult attachment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 291-322.

- Gallagher-Ross, S. (2011). Predictors of posttraumatic growth in breast cancer survivors: An analysis of hardiness, attachment, and cognitive appraisal. PhD Dissertation, Graduate School of Education, Fordham University.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment, 23*, 141–149.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*, 1311–1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). CERQ: Manual for the use of cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp, Holanda: DATEC.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences, 36*, 267–276.
- Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D., & Spiegel, D. (2000). Quality of couples relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of Family Psychology, 14*, 251-266.
- Giese-Davis, J., Koopman, C., Butler, L. D., Joss, J., Classen, C., Roberts, J., Rosenbluth, R., Morrow, G. R., & Spiegel, D. (2004). The Stanford Emotional Self-Efficacy Scale--Cancer: Reliability, validity, and generalizability. In I. Nyklícek, L. Temoshok, & A. Vingerhoets (Eds.), *Emotional Expression and Health: Advances in Theory, Assessment and Clinical Applications*: Hove, UK & New York: 204-222 Brunner-Routledge.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271-299.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: physiology, self-Report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 970-986.
- Gross, J.J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guildford Press

- Gunner-Kucukkaya, P. (2009). An exploratory study of positive life changes in Turkish women diagnosed with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 2, 166-173.
- Hack, T.F. & Degner, L.F. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13, 235-247.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Kolokotroni, P., Anagnostopoulos, F. & Tsikkinis, A. (2014). Psychosocial factors related to posttraumatic growth in breast cancer survivors: a review. *Women & Health*, 54, 569-592.
- Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F., & Potamianos, G. (2012). Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients: A Systematic Review. *Women & Health*, 52, 503-516.
- Laço. (2014). Laço. Obtido em Abril de 2014, de <http://www.laco.pt/cancro-mama/estatisticas>
- Lechner, S. C., Zakowski, S. G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K., & Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-Oncology*, 12, 491-499.
- Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., & Bonnaud-Antignac, A. (2011). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology*, 18, 627-639.
- Liu, J., Wang, H., Wang, M., Su, Y. & Wang P. (2014). Posttraumatic growth and psychological distress in Chinese early-stage breast cancer survivors: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 23, 437-443.
- Lopez, F. G., Morúa, W. & Rice, K. G. (2007). Factor Structure, Stability, and Predictive Validity of College Students' Relationship Self-Efficacy Beliefs. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 40, 80-96.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Granna, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 66, 442-454.

- Matos, P., & Pereira, M. (2005). Áreas de intervenção na doença oncológica. In M. Pereira & C. Lopes (Eds.). *O doente oncológico e a sua família* (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi Editores.
- Maunder, R., & Hunter, J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, *63*, 556-567.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, *27*, 77-102.
- Morris, A. M., & Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modeling with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *20*, 1176-1183.
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K.W., Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *25*, 111-117.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Kyriakopoulos, D., Malamos, N., & Damigos, D. (2008). Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *Breast*, *17*, 382-386.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 504-511.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oh, S., Heflin, L., Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2004). Quality of life of breast cancer survivors after a recurrence: A follow-up study. *Breast Cancer Research and Treatment*, *87*, 45-57.
- Oliveira, J. M., & Costa, M. E. (2007). *Experiences in Close Relationships – ECR. Versão para portugueses*. Manuscrito não publicado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Pais Ribeiro, J. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Ispa

- Patrão, I. (2007). *O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos*. Tese de Doutoramento. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Pereira M. G., Lopes C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pimentel, J. L. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Edições Almedina.
- Ramos, A. S., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3, 295-304.
- RORENO (2014). Registo Oncológico Regional do Norte – Região Norte. Projeções de Incidência de Cancro na Região Norte – 2013, 2015 e 2020. Acedido em Abril de 2014.
- Schmidt, R. E., Gay, P., Courvoisier, D., Jermann, F., Ceschi, G., David, M., Brinkmann, K., & Van der Linden, M. (2009). Anatomy of the White Bear Suppression Inventory (WBSI): A Review of Previous Findings and a New Approach. *Journal of Personality Assessment*, 91, 323-330.
- Schmidt, S. D., Blank, T. O., Bellizzi, K. M., & Park, C. L. (2011). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 17, 1033–1040.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22, 487-497.
- Shaver, P. R., Hazan, C. & Bradshaw, D. (1988). Love as attachment: The integration of tree behavioral systems: In: R. J. Sternberg & M. Barnes (Eds.), *The anatomy of love*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Growing after breast cancer: A controlled comparison study with healthy women. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress and Coping*, 16, 323-340.

- Silva, S., Moreira, H., Pinto, S., & Canavarro, M. C. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 28, 105-133.
- Stanton, A. L., Bower, J. E., & Low, C. A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth* (pp. 138-175). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., Sworowski, L. A., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 875-882.
- Stockton, H., Hunt, N. & Joseph, S. (2011). Cognitive Processing, Rumination and Posttraumatic Growth. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 85-92.
- Sümer, N., & Cozzarelli, C. (2004). The impact of adult attachment on partner and self-attributions and relationship quality. *Personal Relationships*, 11, 355-371.
- Sventina, M. & Nastran, K. (2012). Family Relationships and Post-traumatic Growth in Breast Cancer Patients. *Psychiatria Danubina*, 24, 298-306.
- Tacón, A. M. (2002). Attachment and cancer: A conceptual integration. *Integrative Cancer Therapies*, 1, 371-381.
- Tácon, A. M., Caldera, Y. M. & Bell, N. J. (2001). Attachment Style, Emotional Control and Breast Cancer. *Families, Systems & Health*, 19, 319-326.
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress & Coping*, 22, 129-136.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.

- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology, 11*, 154-169.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology, 23*, 16-23.
- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health, 20*, 175-192.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. M., & Turmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine, 21*, 51-57.
- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-Short Form: Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment, 88*, 187-204.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology, 20*, 65-80.
- Wu, A. D. & Zumbo, B. D. (2008). Understanding and Using Mediators and Moderators. *Social Indicators Research, 87*, 367-392
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

CUIDAR: Vinculação e prestação de cuidados em casais no confronto com o cancro da mama.

Objetivo Geral: Este projeto enquadra-se num estudo de doutoramento, e pretende conhecer o impacto do cancro da mama na vida do casal.

Papel dos Participantes: A sua colaboração é voluntária e consiste no preenchimento de questionários sobre diferentes áreas da sua vida (médica, emocional, conjugal). Todos os questionários serão identificados por um código e os dados serão tratados apenas coletivamente. É garantida em todos os momentos a confidencialidade. Em qualquer momento e por qualquer motivo pode desistir de colaborar neste projeto.

Papel dos Investigadores: Garantir total confidencialidade sobre os dados que forem fornecidos pelos participantes; utilizar os dados fornecidos pelos participantes somente para fins de investigação científica; total disponibilidade para esclarecer os participantes sobre eventuais dúvidas relativas à participação no estudo.

Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado, _____,

fui informada de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a conhecer o impacto do cancro da mama na vida do casal. Sei que neste estudo está previsto o preenchimento de questionários, ao longo de 3 momentos, tendo-me sido explicado em que consistem. Também sei que alguns dados clínicos relacionados com a minha doença serão fornecidos pelos médicos responsáveis pelo meu acompanhamento, tendo-me sido explicados quais e porquê. Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e os dados recolhidos servem exclusivamente para fins de investigação científica. Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico.

Data ___/___/___ **Assinatura** _____ (Participante no estudo)

ANEXO 2. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

ANEXO 2a: Frequências das Variáveis Sociodemográficas

ANEXO 2b: Descritivas das Variáveis Sociodemográficas

ANEXO 2a: Frequências das Variáveis Sociodemográficas

Tabela 1. Grau de Escolaridade das participantes

	Categorias	Frequência	Percentual
Válido	Ensino Primário Incompleto	15	25,4%
	Ensino Primário Completo (6ª classe)	8	13,6%
	Ensino Médio ou Técnico Inferior (9º ano)	16	27,1%
	Ensino Médio ou Técnico Superior (12º ano)	9	15,3%
	Ensino Universitário ou Equivalente (+12 anos)	10	16,9%
	Total	58	98,3%
Ausente	99	1	1,7%
Total		59	100%

Tabela 2. Nível Profissional das participantes

	Categorias	Frequência	Percentual
Válido	Trabalhadores não especializados (Baixo)	22	37,3%
	Operários e Trabalhadores Qualificados Especializados (Médio/Baixo)	16	27,1%
	Proprietários de Pequenas Indústrias (Médio)	2	3,4%
	Licenciados com Média Posição (Média/Alta)	11	18,6%
	Cargos de Direção e Administração (Alta)	0	
	Total	51	86,4%
	Ausentes	99	8
Total		59	100%

Tabela 3. Situação Profissional das participantes

	Categorias	Frequência	Percentual
Válido	Ativa	14	23,7%
	Desempregada	12	20,3%
	Baixa Médica	15	25,4%
	Reformada	16	27,1%
	Total	57	96,6%
Ausentes	99	2	3,4%
Total		59	100%

Tabela 4. Estado Civil das participantes

	Categorias	Frequência	Percentual
Válido	Casada	56	94,9%
	União de Facto	3	5,1%
	Total	59	100%
Ausentes	99	0	
Total		59	100%

Tabela 5. Existência de Filhos

	Categorias	Frequência	Percentual
Válido	Sim	57	96,6%
	Não	1	1,7%
	Total	58	98,3%
Ausentes	99	1	1,7%
Total		59	100%

Tabela 6. Número de Filhos das participantes

	Categorias	Frequência	Percentual
Válido	0	1	1,7%
	1	17	28,8%
	2	33	55,9%
	3	7	12,3%
	Total	58	98,3%
Ausentes	99	1	1,7%
Total		59	100%

Tabela 7. Agregado Familiar

Categorias		Frequência	Percentual
Válido	Companheiro	12	20,3%
	Companheiro e filho(s)	35	59,3%
	Companheiro, Filho(s) e outros Familiares	4	6,8%
	Total	51	86,4%
Ausentes	99	8	13,6%
Total		59	100%

Tabela 8. Rendimentos mensais do Agregado Familiar

Categorias		Frequência	Percentual
Válido	Menos 500 euros	18	30,5%
	Entre 500 e 750 euros	10	16,9%
	Entre 750 e 1000 euros	6	10,2%
	Entre 1000 e 1250 euros	10	16,9%
	Entre 1250 e 1500 euros	2	3,4%
	Entre 1500 e 2000 euros	1	1,7%
	Entre 2000 e 2500 euros	2	3,4%
	Entre 2500 e 3000 euros	4	6,8%
	Entre 3000 e 3500 euros	3	5,1%
	Mais de 4000 euros	0	
	Total	56	94,9%
Ausentes	99	3	5,1%
Total		59	100%

ANEXO 2b: Descritivas das Variáveis Sociodemográficas

Tabela 1. Análises descritiva das variáveis sociodemográficas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade da participante	59	34	65	49,49	7,771
Duração da relação (anos)	59	5	41	25,03	9,279
Número de Filhos	57	1	3	1,82	,630

ANEXO 3. VARIÁVEIS CLÍNICAS

ANEXO 3a: Frequências das Variáveis Clínicas

ANEXO 3b: Descritivas das Variáveis Clínicas

ANEXO 3a: Frequências das Variáveis Clínicas

Tabela 1. Fase da doença em que se encontra

		Categorias	Frequência	Percentual
Válido		Diagnóstico	4	6,8%
		Tratamento	38	64,4%
		Recuperação	3	5,1%
		Sobrevivência	12	20,3%
		Total	57	96,6%
Ausentes	99	2	3,4%	
Total		59	100%	

ANEXO 3b: Descritivas das Variáveis Clínicas

Tabela 1. Análise Descritiva das Variáveis Clínicas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Intervalo de tempo entre a avaliação e a data de diagnóstico (meses)	50	1	186	36,06	36,498

ANEXO 4. DIFERENÇAS ENTRE AS DIMENSÕES

Anexo 4a: Descritivas entre as dimensões na amostra total

Anexo 4a: Descritivas entre as dimensões na amostra total

Tabela 1. Análise descritiva das dimensões em estudo

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Evitamento	59	1	7	2,90	1,81
Ansiedade	59	1	7	2,93	1,68
Segurança	59	1	7	5,63	1,70
Aceitação	59	2	5	4,00	0,88
Ruminação	59	1	5	3,01	1,01
Refocalização Positiva	59	2	5	3,48	0,94
Colocar em Perspetiva	59	1	5	3,79	0,82
Supressão	59	1	5	3,17	1,09
Comunicação das Emoções	59	1	9	6,16	2,04
Controlo Emocional	57	1	9	6,01	1,88
Crescimento Pós-traumático	59	2	6	4,58	0,97
Apreciação da vida	58	1	6	4,77	1,23
Mudança Espiritual	58	1	6	4,29	1,44
Novas Possibilidades	58	1	6	4,15	1,41
Relação com Outros	58	1	6	4,69	1,24
Força Pessoal	59	1	6	4,94	0,95

ANEXO 5. CORRELAÇÃO BIVARIÁVEL

Tabela 1. Análise das correlações entre todas as dimensões em estudo

Dimensões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Evitamento	1	,603**	,112	,114	,240	,084	,158	,445**	-,155	-,015	,068	,159	-,070	,040	-,008	-,021
2. Ansiedade		1	,143	-,102	,272*	,023	,005	,393**	-,075	-,228	-,043	-,017	-,169	-,076	-,009	-,104
3. Segurança			1	-,011	,127	,371**	,195	,187	,530**	,286*	,113	-,100	,049	,212	,212	-,021
4. Aceitação				1	,318*	,195	,537**	,306*	,131	,169	,120	,218	,159	,050	,042	,270*
5. Ruminação					1	,063	,004	,706**	-,111	-,118	,321*	,096	,208	,216	,268*	,293*
6. Refocalização Positiva						1	,517**	,202	,230	,154	,322*	,280*	,190	,440**	,337**	,068
7. Colocar em Perspetiva							1	,194	,167	,314*	,181	,270*	,267*	,201	,123	,133
8. Supressão								1	-,115	-,039	,204	,129	,202	,116	,097	,134
9. Comunicação Emoções									1	,565**	,241	,084	,194	,226	,161	,162
10. Controlo Emocional										1	,072	,098	,147	,060	-,063	,055
11. Crescimento Pós-traumático											1	,724**	,652**	,858**	,722**	,812**
12. Apreciação da Vida												1	,174	,632**	,468**	,547**
13. Mudança Espiritual													1	,363**	,377**	,510**
14. Novas Oportunidades														1	,658**	,606**
15. Relação com Outros															1	,471**
16. Força Pessoal																1

Nota. ** Correlação é significativa ao nível 0,01; * Correlação é significativa ao nível 0,05