



**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**O Crescimento Pós-Traumático e Resiliência em Familiares de Doentes Oncológicos: Sentir e Lidar com a Dor**

**Andreia Sofia Pardal Montijo**

Orientador(es) | Anabela Maria Sousa Pereira  
Ana Carla Seabra Torres Pires

Évora 2024





**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**O Crescimento Pós-Traumático e Resiliência em Familiares de Doentes Oncológicos: Sentir e Lidar com a Dor**

**Andreia Sofia Pardal Montijo**

Orientador(es) | Anabela Maria Sousa Pereira  
Ana Carla Seabra Torres Pires

Évora 2024





A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Constança Biscaia (Universidade de Évora)

Vogais | Anabela Maria Sousa Pereira (Universidade de Évora) (Orientador)  
Sara Otília Marques Monteiro (Universidade Aberta) (Arguente)

## Dedicatória

*Mãe,*

Para ti, que sempre tiveste muita vontade de vencer e que sempre foste uma verdadeira força da natureza. Nunca deixaste de lutar, mas às vezes há lutas que são maiores que nós. Um exemplo de vida. Exemplo de resiliência. Por teres calado os teus maiores medos para me ensinar a ter coragem e por me teres ensinado o verdadeiro significado da palavra perseverança.

Por teres sido o meu braço direito e o meu colo-casa ao longo deste percurso. O meu pilar. O cuidado sempre certo e o amparo de qualquer hora. Pelo seu abraço inigualável, pela tranquilidade que sempre me transmitiste e pelas palavras certas. Por teres acreditado que este caminho só podia ser meu e por me teres dado a possibilidade de o terminar. Por nunca me teres largado a mão, por me teres dado asas e me ter permitido voar até aqui e tornar os meus sonhos em realidade.

Infelizmente não conseguiste ver nos teus olhos a alegria de ver *a tua menina* tornar-se psicóloga. É mais um capítulo da minha história em que não estás fisicamente, mas sei que a minha vida conta com a tua luz. És aquela que ocupa todos os lugares e aquela cujo lugar nunca poderá ser preenchido.

Para ti e por ti, sempre.

*Renascer sem perder a sua essência. Fazer das cinzas, triunfo. Respeitar os ciclos, mantendo a esperança de que haverá sempre uma forma de superar os obstáculos.*

*Nestas alturas mais complicadas, lembro-me sempre de uma das palavras mais importantes da minha vida: resiliência. Seres resiliente permite-te saíres de uma situação difícil ainda mais forte, transformares sofrimento em resistência e fortalecer o teu interior. É sobre abraçar cada desafio e ver nela uma oportunidade de crescimento e superação.*

*Por vezes, não temos a consciência da força que reside na nossa alma, mas ela revela-se quando mais precisamos. Tal como a fénix, sempre que renasce, não emerge apenas das cinzas, ela transforma-se. Este processo de renascimento exige coragem, vulnerabilidade e a disposição para deixar o passado para trás. Temos a força necessária para superar os desafios dos vários voos da vida. As suas lágrimas curam e, a cada momento, tem a possibilidade de se reinventar. Essa força pulsa dentro de cada um de nós, e pulsa com muita força no coração e na nossa história de vida.*

*- Sofia Dinis e Beatriz Dias*

## Agradecimentos

O final de um capítulo, por muito feliz que seja, é sempre um final. É fechar a porta de um ciclo e agradecer por tudo o que ele nos trouxe: um turbilhão de emoções, de sentimentos e todos os seus múltiplos significados. É sobre abraçar não apenas as alegrias, mas também os desafios que, em última análise, tornaram este caminho mais bonito, mais gratificante e que me proporcionaram o crescimento interior – crescimento enquanto pessoa e futura psicóloga. Se há coisa que aprendi até hoje é que somos feitos de pessoas e, tudo aquilo que precisamos é de pessoas e vocês são o maior pedaço que me forma e me define. Não há palavras suficientes no dicionário, mas agradeço de coração cheio às minhas pessoas (bonitas), que me apoiam, de forma física ou não e, que acreditam em mim:

Em primeiro lugar, agradeço *aos meus pais* por tudo o que sempre me ensinaram, por nunca terem desistido de mim, pela presença e amor constante, e por todo o apoio necessário ao longo deste percurso, com o propósito de conseguir alcançar e superar os meus objetivos e os meus sonhos. São exemplos de força, resiliência e altruísmo, mas são também a definição de saudade. Foi numa das maiores dores da minha vida que encontrei a minha inspiração e o meu propósito. O fechar deste capítulo também serve de homenagem a tudo o que me transmitiram: por me ensinarem a fazer com verdade e amor tudo aquilo a que nos propomos, a dar sempre um pedacinho de nós e sermos fiéis à nossa essência. O vosso exemplo e força continuam nos dias de hoje a inspirar a minha forma de ser e o meu trabalho. Obrigada por terem sido a luz nos momentos mais difíceis e por terem sido o apoio aconchegante de todas as horas.

À *minha família*, por serem as minhas pessoas preferidas desde que sou gente. O percurso que agora se finda traçou-se por caminhos desafiantes, por vezes até tentadores da segurança que em mim, por norma, carrego, mas traçou-se igualmente com a maior certeza de todas: a de ter “um berço” que não me falha e que sempre me ampara. Obrigada por terem sido sempre o meu maior suporte, por serem constantes na minha vida e por me terem acompanhado durante os melhores e os piores momentos, sem nunca duvidar que eu estava destinada a algo maior e, ainda assim me mantiveram sempre os pés no chão. Foi toda a vossa ajuda, que me permitiu hoje estar onde estou. A vocês, agradeço o esforço, dedicação e por não me deixarem desistir, apesar das adversidades. Sei que nem

sempre foi fácil (para nenhum de nós), mas espero que saibam o quão grata estou por todo o vosso colo, dedicação e amor. Família é tudo.

*Ao meu Tiago*, o meu apoiante nº1. É sobre ter uma pessoa ao meu lado que realmente acredita em mim, a fazer-me ver “*o copo meio cheio*” todos os dias, foi o que mais me ajudou a não desistir. Impulsionas o melhor de mim, a ter um *eu* mais bonito e a tornar-me cada vez mais integral e humana. És a definição de melhor amigo, companheiro e de família. És a paz e o equilíbrio no meio do meu caos. És a minha casa. Obrigada por seres e por estares (sempre). Obrigada pela história bonita que estamos a construir, por caminhares a meu lado, mesmo nos dias menos bonitos. Por me ouvires e me abraçares sempre na hora certa e nos momentos mais difíceis. Sou eternamente grata.

*À minha orientadora, Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira. À minha co-orientadora, Professora Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires.* Agradeço a presença constante desde o “nascimento”, crescimento e amadurecimento deste projeto. Obrigada por todo o conhecimento partilhado e pelo rigor que preencheram o meu perfeccionismo. Pela paciência nas reuniões infundáveis, mesmo quando o tempo era escasso. Por me terem mostrado este caminho, de forma tão inspiradora que me fez desafiar o que pensei serem os meus limites e levarem-me a superar em cada tarefa proposta. Por alimentarem este meu interesse que sempre tive pela psico-oncologia, que continua a ser uma fonte constante de motivação e fascínio e que me acompanharão para sempre. Por me permitirem abraçar oportunidades muito enriquecedoras e abrir muitas portas para o meu futuro e que foram “mais além” do caminho inicialmente traçado juntas, expandindo os meus horizontes. Obrigada por terem sido o meu braço direito, por todo o apoio e ajuda, mas também por terem acreditado neste trabalho, enquanto partilhavam o vosso saber, e ainda assim, me incentivarem a cada passo com palavras de encorajamento e de motivação constante.

*À Academia e a todos os docentes da Universidade de Évora*, por transmitirem o seu saber e também a sua experiência enquanto profissionais. Professores quem tive a oportunidade de aprender e trocar conhecimento ao longo de todo o meu percurso académico, que fizeram parte do meu crescimento e contribuíram para que me apaixonasse (mais ainda) pela Psicologia. Agradeço por toda a dedicação, empenho e por nos capacitarem para o futuro, enquanto futura psicóloga, de forma tão adequada e de forma muito enriquecedora.

*Ao Hospital Espírito Santo de Évora, ao Serviço de Oncologia e á Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos, li uma vez que “há casas que nos abraçam (...), há casas que nos acolhem”, obrigada por me terem acolhido tão bem, pelo carinho, ajuda e apoio demonstrado. Neste lugar e com vocês, veio a certeza de que estava finalmente no sítio certo, com as pessoas certas, a cumprir o meu propósito. Obrigada a cada um de vocês, sem exceção. No curso do Estágio Curricular em Psicologia Clínica, “mergulhei” e aprendi profundamente sobre a área de oncologia, sobre a vulnerabilidade humana e sobre o significado de ser psicóloga. O impacto desta experiência reflete-se nestas folhas brancas e em todas as palavras que aqui escrevo, que é em resultado do conhecimento e sensibilidade captada.*

*Ao Psicólogo-Tutor do Estágio Curricular em Oncologia, Dr. Paulo Simões. Por me guiar no verdadeiro significado da palavra, pelos momentos de partilha, pelo profissionalismo, pela sabedoria compartilhada, pelas palavras (sábias) e pela inspiração que permitiu que me encontrasse ao longo deste percurso e que me ajudou, acima de tudo, a encontrar um caminho. O seu amor e dedicação pela psicologia e pelos outros são uma fonte de inspiração, um exemplo a seguir para todos, inclusive para mim. Agradeço o enorme exemplo que me transmitiu como pessoa e profissional, os ensinamentos dados e a grande e bonita bagagem que me proporcionou ter. Sinto-me grata por me mostrar um pedacinho do que é “ser psicólogo” e de como é trabalhar em Oncologia. Espero apenas ter a oportunidade de continuar a trabalhar consigo no futuro e de um dia vir a ter o mesmo cuidado com os meus pacientes. Embora não houvesse a incumbência de me ajudar diretamente neste trabalho, a verdade é que sempre fez parte dele e que é um reflexo visível das muitas coisas que captei.*

*A todos os pacientes que fizeram parte do meu percurso no Estágio Curricular em Psicologia Clínica na área da Oncologia. Por me fazerem perceber que a palavra “cancro” não significa fim, mas sim o significado e importância que damos à palavra. Gostaria de expressar o privilégio que é aprender pela experiência e pela relação que construímos. Sinto-me feliz e honrada por ter participado num “pedacinho” da vossa vida, por permitirem que eu estivesse ao vosso lado: a sentir. Obrigada por confiarem em mim, para partilhar emoções, sentimentos, vulnerabilidades, dores e histórias. Permitirem-me estar junto de vocês e terem feito parte também do meu caminho e descobrir o verdadeiro significado de ser psicóloga e, compreender a psicóloga que quero ser. Esta “menina” não se esquecerá do que cada um de vós transmitiu de forma tão única e particular.*

Estimularam a minha reflexão, enriquecendo o saber teórico deste projeto com o da experiência vivida.

*A todos os doentes oncológicos*, infelizmente a doença é uma condição que assombra muitas famílias. Falo pela voz da experiência e também pela experiência de todas as pessoas que passaram pelo meu caminho. Este agradecimento surge, assim, em gesto de força e vai para todos aqueles que estão a passar por um momento de doença e que enquanto próprios doentes, ouviram palavras de mudança nas vossas vidas “*você tem cancro*”, mas também se dirige a familiares ou amigos. Dedico, assim, um abraço de conforto aqueles que já viveram e/ou vivem com este “amigo especial” nas suas casas, famílias e corações. Que nunca vos falte força, coragem e fé em dias melhores. Lembrem-se que o amor cura, sempre. Espero genuinamente que este trabalho seja um contributo para atenuar o sofrimento provocado por esta doença.

*Ao meu afilhado Ricardo*, o meu coração fora do peito. Ensinas-me todos os dias que o amor pode crescer, mesmo sem ter tamanho ou perder a sua forma. És o cuidar que tem sempre um lugar destinado. És uma bênção, és a sorte de uma vida mais completa. És o motor transformador dos meus dias em alegria pura, um orgulho desmedido e incontornável. A peça que confere sentido ao meu caminho. Eu, estarei aqui para amparar as suas dores, serei sempre o seu colo e o abraço de proteção. Mal posso esperar para ver o que a vida te reserva e o que escolhes fazer com ela. Com certeza será mágico.

*Ao Guilherme, à Madalena, à Pilar e ao Filipe*, as peças fundamentais neste puzzle. As luzes que eu não sabia que precisava na minha vida. A vossa ingenuidade e pureza de ser criança, a forma como vêem o mundo e a simplicidade com que vivem cada momento como só as crianças conhecem, por me ensinarem tanto todos os dias, fazem-me compreender em como os nossos problemas, são na verdade tão pequenos. Vocês, com os vossos sorrisos espontâneos e a curiosidade infinita, trazem uma perspetiva cheia de leveza e alegria. Uma vez li que “*ser amado por uma criança é maravilhoso porque eles nos amam por aquilo que nós somos*” e, é isso. Como podemos nós amar tanto um ser desse tamanho? Obrigada por darem outro sentido à minha vida, mais completa, mais munida de amor e alegria, mas sempre tão cheia de verdade. O meu profundo desejo é poder também tornar-me luz que ilumina os vossos passos.

*À família do Tiago*, que sempre me acolheu como se eu fosse da família. São, na verdade, a família do coração, pela intensidade e verdade dos vínculos criados, por serem

casa e aconchego. É muito bom saber que tenho o vosso ombro. Há gestos e palavras que têm um valor incalculável.

À *Sónia*, porque sem dúvida que o verbo “cuidar” é o que mais a caracteriza, aliado a um coração bom, genuíno e generoso. Obrigada por tudo o que fizeste por mim e, pelas minhas pessoas. Estarei eternamente grata.

À *Tatiana*, pela cumplicidade de sempre. É das coisas mais bonitas e sinceras que partilharam comigo. Obrigada por definires a palavra amizade, mas de verdade: do começo ao fim, letra por letra, sem deixar nada pelo caminho.

À *Carolina*, um exemplo de sinceridade e de integridade, um ouvido atento, que sempre me entendeu muito bem, não só nas palavras – mas sobretudo na ausência delas. Estimo por partilhar comigo a sua enorme compaixão e me inspirar a ser uma pessoa melhor, pela capacidade de simplesmente dizer “*Tu consegues*”. Obrigada por me ensinares que a vida é muito mais bonita se for partilhada com pessoas que nos prezam. Afinal, é isso que é a amizade, não é? E quanto mais te conheço mais gosto desta definição. Espero que saibas que tens um abraço fundamental na minha vida.

À *Beatriz*, uma pessoa tão bonita e cheia de luz. Obrigada por seres sempre tão tu: cheia de vida e amor para espalhar. Uma amizade assim não tem fim, mas tem princípio e meio, e no meio disto tudo só te posso dizer que o mundo não teria a mesma luz se não fizesses parte dele.

À *Érica*, a personificação de amizade. A amiga de sempre que está em todas as memórias. A amiga com quem partilho os melhores sorrisos e gargalhadas demoradas, que deixam a barriga a doer. A amiga que contagia tudo e todos com a sua alegria. A amiga que todos gostariam de ter. Obrigada por ser o meu abraço sempre certo.

À *Inês*, ao *Bruno*, à *Carolina*, ao *Ricardo*, ao *Henrique* e amigos da terra, filhos da mesma gente e feitos da mesma matéria. Os que me viram crescer e os que cresceram comigo. Os que caminharam comigo de mãos dadas, ainda que seguíssemos por caminhos diferentes. Sempre ouvi dizer que “*os amigos são a família que escolhemos*” e onde quer que a vida me leve, sei que terei sempre um bocadinho de vocês e vocês de mim. Obrigada.

*Os meus amores de Évora*, a *Joana*, *Daniela*, *Raquel* e *Inês*, pelos cafés de estudo e de lazer, pelos desabafos, pelos sonhos. Nós, que estamos cheias de histórias para contar

e de experiências que vou guardar no cantinho mais resguardado na minha memória, experiências que não se esquecem e que não se querem esquecer.

À *Rita, Sílvia, Filipa e Érica*, “o que o quarto 13 juntou, ninguém separa”. Obrigada por todos os momentos partilhados, desde os mais divertidos aos mais íntimos. Obrigada pelo espaço que se foi estabelecendo de abertura fácil e aconchego, naquela que foi a nossa segunda casa: Évora dos Estudantes. Sem vocês, possivelmente este caminho teria sido muito diferente.

Às *Tatiana's*, que cruzaram o meu caminho ao longo destes anos académicos, por partilharmos o amor à psicologia. Se há algo que aprendi é que, para cada lugar que vamos, há pessoas que vivem as mesmas experiências que nós e, são essas pessoas que nos entendem como ninguém e, por isso facilmente se tornam especiais. Obrigada por todos os bons momentos que experienciámos juntas, os bons, os maus, os normais e os que restam. Obrigada por sermos uma grande equipa juntas, por serem vocês comigo.

À *Raquel*, que fez da Psicologia um caminho mais bonito. Mostrou-me esperança num lugar perdido, foi conforto e abrigo em tempestades. Não há palavras suficientes para descrever o quanto significas para mim. Obrigada por teres feito parte da construção da pessoa que sou hoje, por seres a companheira que sempre foste. Um exemplo de pessoa e amiga. Obrigada por me teres dado a mão quando precisava.

À *Carolina*. Olho para ti e vejo em muitas coisas a mulher que também sou. Ter-te na vida é acordar e saber que temos alguém do outro lado à nossa espera. Espero que nunca se perca o entendimento que tanto admiro em nós. Gosto de ti com o coração.

Às *minhas colegas Adriana, Raquel, Tatiana Rita e Joana*. Por me terem acompanhado na incrivelmente *stressante* tarefa de realizar uma dissertação de mestrado – uma aventura carregada de responsabilidade. Por todas as dores de cabeça que estas folhas de papel nos deram. Obrigada pela partilha de ideias, pelos momentos de desabafos, pelo cansaço partilhado, pelas gargalhadas e o humor em momentos de desespero que foi o que nos “salvou”. Por nos compreendermos melhor que ninguém, e porque de uma maneira ou de outra nos ajudámos e motivámos. Agradeço sobretudo pela parceria, companheirismo e relação de entre ajuda em todas as horas e em que ficou pautada esta caminhada. Sem elas, este caminho teria sido muito mais cinzento e solitário.

*Aos participantes.* Gostaria de expressar um agradecimento especial a todos os participantes que colaboraram voluntariamente na investigação, partilhando as suas histórias de vida e experiências e sentimentos, nem sempre fáceis. No fundo, a todas as pessoas que me quiseram “esganar” quando lhes entregava o questionário para as mãos e que aceitaram despende do seu tempo, pela vossa disponibilidade, por terem confiado em mim e entrar comigo nesta aventura. Sem a vossa ajuda a realização deste trabalho não teria sido possível e, nem faria sentido algum. O meu profundo e sincero obrigada. No fundo, sabemos que valeu a pena.

Por fim, mas não menos importante, *agradeço a mim.* Ao visionar mentalmente uma curta-metragem destes 5 anos que passaram a voar, sorrio. Este projeto foi, sem dúvida, o maior desafio do meu percurso académico, mas em simultâneo o que mais me orgulha e que espelha muito daquilo que sou. Aprendi a ver que histórias estão escondidas por de trás dos números e que não é “um bicho de sete cabeças”. A oportunidade de explorar este tema, foi uma porta aberta para crescer pessoalmente. No meio de todas as vivências e desafios, o que me ensinaram é sou capaz de alcançar tudo a que me proponho, muito capaz. Esta jornada é sobre as minhas ações e capacidades, a minha determinação, pela minha resiliência e vontade de ser melhor, que cheguei até aqui, reflexo de trabalhar o meu *eu*, profissional e pessoal, mas sempre por me levantar depois das quedas.

As minhas dores guardo-as comigo, da forma mais bonita que consigo e, ao pegar nas minhas feridas e cicatrizes, mesmo as maiores e mais profundas, permito acolher-me e abraçar a minha história e encontro nelas um propósito maior: ser uma fonte de força e ajudar os outros, onde a minha bússola é o sentimento mais bonito do mundo: a empatia. É no escuro que percebemos a nossa luz e, embora a dor faça parte de mim, nunca, em algum momento, permiti que me definisse, mas ainda me deu a capacidade de olhar para a vida sob uma nova perspetiva, reconhecendo a sua beleza, mesmo no meio das adversidades e que me permite caminhar com esperança, força e coragem, sempre em direção à transformação.

Este é um ponto de partida para um novo capítulo que começa na minha vida e que estou pronta para abraçar, é demarcar o transformar de um esboço em algo palpável e, porque de forma muito clara, desde que me lembro de ser gente que já desenhava este objetivo. Há momentos como estes, que nos fazem perceber que estamos no caminho

certo, a travar as batalhas certas e que desejamos exatamente aquilo que devíamos: e, por isso espero que a Psicologia seja o grande motor da minha vida. Poder tocar outra alma, outro coração e poder cuidar do outro é o combustível que me move. Mas, que no final eu possa trazer comigo uma bagagem cheia de aprendizagens e a satisfação de ter enfrentado cada desafio de cabeça erguida, tornando esta jornada tão enriquecedora quanto as anteriores. Costumo sempre escrever para pessoas ou sobre pessoas porque é disso mesmo que somos feitos, de pessoas, de histórias, emoções e conexões humanas. E espero genuinamente que as pessoas que estão ao meu lado continuem a caminhar comigo, serão sempre o lado certo da estrada da vida e que façam parte desta bonita experiência: de crescimento e superação à procura da nossa melhor versão.

## O Crescimento Pós-Traumático e Resiliência em Familiares de Doentes Oncológicos: Sentir e Lidar com a Dor

### Resumo

O cancro associa-se a uma experiência traumática que tem consequências significativas para a saúde e o bem-estar dos doentes e famílias. O objetivo deste estudo é conhecer a perspetiva dos familiares, em jovens adultos, quando confrontados com doença oncológica na família, considerando respostas emocionais (*distress* psicológico e saúde mental), as estratégias de  *coping* e o desenvolvimento de resiliência e crescimento pós-traumático. A amostra foi constituída por 417 jovens adultos, com idades entre os 18 e 25 anos. Observou-se que existe uma relação positiva moderada entre a resiliência e o crescimento pós-traumático. Contrariamente ao esperado, a presença do sofrimento vivenciado e relatado, não potencia a resiliência e/ou o crescimento pós-traumático. Familiares de doentes oncológicos têm níveis superiores dessas características, mas sem diferenças significativas em relação a quem não sofreu de cancro na família. Em linhas gerais, as complexidades do trauma contribuem para explicar as causas de experiências traumáticas, como o cancro, poderem não ser impulsionadoras de transformações positivas.

*Palavras-chave:* resiliência, crescimento pós-traumático,  *coping*, família, psico-oncologia

**Post-Traumatic Growth and Resilience in Family Members of Cancer Patients:  
Feeling and Dealing with Pain**

**Abstract**

Cancer is associated with a traumatic experience that has significant consequences for the health and well-being of patients and their families. The aim of this research of perspective of family members, in young adults, when faced with cancer in the family, considering emotional responses (psychological distress and mental health), coping strategies and the development of resilience and post-traumatic growth. A sample of 417 young adults aged between 18 and 25. It was found that a moderate positive relationship between levels of resilience and levels of post-traumatic growth. Contrary to expectations, the presence of experienced and reported suffering does not enhance resilience and/or post-traumatic growth. Family members of cancer patients have higher levels of these characteristics, but without significant differences compared to those who have not suffered from cancer in the family. In general terms, the complexities of trauma contribute to explaining why traumatic experiences, such as cancer, may not lead to positive transformations.

*Keywords:* resilience, post-traumatic growth, coping, family, psycho-oncology

## Índice

Índice de Tabelas .....	xiv
Índice de Anexos.....	xv
Lista de Abreviaturas .....	xvi
Introdução e Enquadramento Teórico.....	1
Viver com a Doença Oncológica.....	5
<i>Conhecer a Doença: O Cancro</i> .....	5
<i>Vivência do(a) Doente</i> .....	7
A Família a Viver a Experiência de Cancro .....	13
<i>Viver em Família</i> .....	13
<i>Crise e Adaptação à Doença</i> .....	14
<i>A Vinculação e a Vivência do Cancro</i> .....	19
Cancro: Uma Experiência Traumática.....	24
O Potencial Humano Face à Adversidade .....	27
<i>Resiliência</i> .....	28
<i>Crescimento Pós-Traumático</i> .....	33
Importância das Variáveis Psicológicas no Estudo do Cancro.....	38
Objetivos do Estudo.....	39
Método.....	40
Participantes .....	40
Instrumentos.....	42
Procedimentos.....	46
Análise de Dados .....	47
Resultados.....	49
Discussão .....	68
Conclusão .....	75
Referências Bibliográficas.....	83

## Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Características Sociodemográficas dos Participantes</i> .....	41
Tabela 2. <i>Características Clínicas dos Participantes</i> .....	41
Tabela 3. <i>Características Clínicas das Famílias que Vivem com a Doença</i> .....	50
Tabela 4. <i>Resiliência e Crescimento Pós-Traumático em Familiares de Doentes Oncológicos e Pessoas sem Familiares com Doença</i> .....	52
Tabela 5. <i>Teste de Mann-Whitney: Resiliência e Crescimento Pós-Traumático em Doentes Oncológicos e Pessoas sem Familiares com Doença</i> .....	53
Tabela 6. <i>Teste de Mann-Whitney: Resiliência e Crescimento Pós-Traumático em Filhos/as ou com Outros Membros da Família Doentes</i> .....	54
Tabela 7. <i>Teste de Kruskal Wallis: Resiliência e Crescimento Pós-Traumático nos Diferentes Estilos de Vinculação</i> .....	57
Tabela 8. <i>Correlação de Spearman entre os níveis de Resiliência e Crescimento Pós-Traumático</i> .....	57
Tabela 9. <i>Teste de Mann-Whitney: Resiliência e Crescimento Pós-Traumático em Familiares Não Enlutados e em Familiares Enlutados</i> .....	60
Tabela 10. <i>Teste de Mann-Whitney: Resiliência e Crescimento Pós-Traumático Face ao Tempo de Diagnóstico do/a Familiar Doente</i> .....	62
Tabela 11. <i>Teste de Mann-Whitney: Resiliência e Crescimento Pós-Traumático no Sexo dos Indivíduos</i> .....	64
Tabela 12. <i>O Distress em Familiares de Doentes Oncológicos e Pessoas sem Familiares com Doença</i> .....	65
Tabela 13. <i>Correlação de Spearman entre os níveis de Distress na Resiliência e no Crescimento Pós-Traumático</i> .....	66
Tabela 14. <i>A Depressão em Familiares de Doentes Oncológicos e Pessoas sem Essa Experiência</i> .....	67
Tabela 15. <i>Correlação de Spearman entre os níveis de Depressão na Resiliência e no Crescimento Pós-Traumático</i> .....	68

## **Índice de Anexos**

Anexo A. Declaração do Parecer da Comissão de Ética .....	115
Anexo B. Pedido de Autorização dos Instrumentos .....	116
Anexo C. Termo de Consentimento Informado.....	117
Anexo D. Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos .....	119
Anexo E. Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático .....	127
Anexo F. Escala Breve de Coping Resiliente.....	132
Anexo G. Escala de Distress Psicológico de Kessler (K-10) .....	133
Anexo H. Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9).....	135

## **Lista de Abreviaturas**

APA - *American Psychiatric Association*

CPT – Crescimento Pós-Traumático

EBCR – Escala Breve de *Coping* Resiliente

EPT – Evento Potencialmente Traumático

IDPT – Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático

IPO – Instituto Português de Oncologia

K-10 – Escala de *Distress* Psicológico de Kessler

NCCN - *National Comprehensive Cancer Network*

NCI – *National Cancer Institute*

ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPP - Ordem dos Psicólogos Portugueses

PHQ-9 – Questionário de Saúde do Paciente

PSPT – Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

PTG – *Post Traumatic Growth*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SRG – Stress-Related Growth

WHO – *World Health Organization*

## Introdução e Enquadramento Teórico

O conceito de viver com doença crónica é uma experiência intensa (Vaz et al., 2018), que compreende um fenómeno complexo, cíclico, dinâmico (Ambrosio et al., 2015) e multicausal, que se supõe originar de uma interação entre fatores de ordem ambiental, fisiológica, genética, comportamental (Zablotny, 2023), mas também emocional, psicológico e social, que se constitui uma parte muito significativa do universo da saúde (Nettleton, 2006). O cancro é um dos exemplos (Leal & Ribeiro, 2021), que representa uma preocupação global de saúde pública (Albuquerque et al., 2016). Em cada ano registam-se 2,6 milhões de pessoas que são diagnosticadas com cancro e nesta sequência 1,2 milhões de pessoas morrem em resultado da doença (Comissão da União Europeia, 2024). No nosso país (Portugal), em 2022, a taxa bruta de mortalidade em consequência do cancro foi de 332.9 por 100 mil habitantes, perfazendo um total de 33.762 óbitos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2022). Estes dados estatísticos, devem ser lidos à luz do impacto que o cancro tem na sociedade em todo o mundo, mas também em Portugal e descrevem o que acontece em grandes grupos de pessoas e fornece uma imagem do peso que o cancro representa para a sociedade (*National Cancer Institute* [NCI], 2024b), inclusive permite-nos perceber quantas famílias são afetadas pelo cancro. Para além disso, apontam na necessidade de mais investigação em relação à prevenção e intervenção junto das famílias que são afetadas pelo cancro (Chiquelho et al., 2011).

Embora exista complexidade associada a doenças oncológicas, os objetivos inerentes à sua prevenção e intervenção podem ser simplificados em: minimizar os fatores de risco e maximizar, fortalecer e potencializar os fatores de proteção (National Cancer Institute, 2023; Organização Mundial de Saúde, 2022; Supportive & Board, 2023). Em virtude, sabe-se que grande parte da investigação significativa sobre o cancro tem empreendido esforços para identificar dimensões inter-relacionadas (correlatos) e adicionalmente funcionam também como preditores longitudinais, sejam estes segmentados em fatores predisponentes (mais distais) ou fatores precipitantes (mais proximais), entre os quais: (a) variáveis psicológicas, como sofrimento emocional (Monteiro et al., 2013), perturbação emocional e respostas/reações emocionais negativas, comuns e adaptativas (Pais-Ribeiro et al., 2007; Silva, Moreira, & Canavarro, 2010) e/ou perturbações de humor, nomeadamente ansiedade e depressão (Hung et al., 2013), trauma (Vagnini, Grassi & Saita, 2023), *coping* (Torres, Pereira & Monteiro, 2014), suporte social

(Luszczynska et al., 2013), estilo de vinculação afetivo (Arambasic et al., 2019; Nicholls et al., 2014; Rodriguez et al., 2019), espiritualidade (Adamcheski & Turek, 2023; Benites et al., 2017), crescimento pessoal (Monteiro et al., 2013), resiliência (Park et al., 2020), esperança (Pinto, Caldeira & Martins, 2012) e crescimento pós-traumático (Mostarac & Brajković, 2022); (b) variáveis sociodemográficas, como sexo (Pud, 2011) e idade (Kunnath et al., 2024); (c) variáveis culturais, como crenças e comportamentos culturais (Flynn et al., 2011; Ramos et al., 2015); (d) outras variáveis, como tempo de diagnóstico (Bottaro & Faraci, 2022), dor (Feng et al., 2022), qualidade de vida (Wang et al., 2020) e sobrevivência e/ou mortalidade dos doentes (Morris et al., 2020).

Da (necessária) multidisciplinaridade da investigação em oncologia (Berardi et al., 2020), levou a que diversos modelos explicativos dos fenómenos, que integram e enfatizam a influência de variáveis de natureza distinta (Klopfer, 2019). Os modelos psicológicos, alinhados a mecanismos causais de natureza psicológica subjacentes à doença, podem situar-se numa perspetiva intrapsíquica, mas também numa perspetiva interpessoal (Giulietti et al., 2019). A primeira abordagem assume especial relevo, uma vez que, as reações pessoais à doença representam integrações individuais de emoções e crenças, em que os comportamentos intrapsíquicos parecem estar associados à ansiedade e à depressão, comuns em doentes oncológicos. Na essência das abordagens intrapsíquicas, destacam-se os processos internos de reflexão e controlo emocional (Kahana et al., 2016), com particularidade nas estratégias de *coping*, respostas emocionais e resiliência, que emergem como construtos vitais. Saliente-se que, no presente estudo observa-se que as estratégias de *coping*, respostas emocionais e resiliência se refletem no significado de viver com cancro.

Segundo outro ângulo, a literatura, também compreende o diagnóstico de cancro e de tratamento subsequente como uma experiência frequentemente traumática para qualquer pessoa (Sinko et al., 2024), no entanto, esta relação entre trauma e cancro ainda não é clara (Kaster et al., 2019). A potencial natureza traumática da doença oncológica tem sido muito investigada (Cordova et al., 2007). Com efeito, estudos empíricos recentes (Leano et al., 2019; Supportive & Board, 2023) têm desenvolvido evidências relativas à multidimensionalidade deste fenómeno, estando, por exemplo, a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) associada a diferentes constelações de preditores e explicações diversas (Ozer et al., 2003). Em simultâneo, a idade; tempo desde o diagnóstico; tipo de cancro; gravidade da doença; baixo apoio social ou presença de apoio social negativo;

traumas anteriores e eventos *stressantes* recentes; níveis elevados de sofrimento/*distress* psicológico e estilos de *coping* disfuncionais de *lidar com*, permanecem importantes fatores de risco para eventuais traumas, que se podem desenvolver face a uma doença oncológica (Cordova, Riba & Spiegel, 2017; Leano et al., 2019; Ozer et al., 2003; Supportive & Board, 2023), pelo que compreender as suas causas se afigura essencial, além de se traduzir num cenário mais completo do funcionamento psicossocial, que integra o sofrimento psicológico, mas também os aspetos positivos de bem-estar e de crescimento (Cordova, Riba & Spiegel, 2017).

Experiências traumáticas podem gerar respostas diversas no ser humano e na sua capacidade de lidar com estes acontecimentos, o que pode variar num contínuo e adotar diferentes formas (Poseck, Baquero & Jiménez, 2006), em particular, destaca-se entre: (a) efeitos e consequências negativas que a pessoa experimenta, como o desenvolvimento da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático ou outras patologias, em que as reações patológicas são conceptualizadas como a forma “normal” para responder a um evento traumático (Poseck, Baquero & Jiménez, 2006); (b) identificar e explorar os aspetos positivos da capacidade natural dos indivíduos de ultrapassarem e até aprenderem, com eventos traumáticos e adversos (Vázquez, Castilla & Hervás, 2008), o que revela o impacto positivo que as mesmas podem ter nas suas vidas, proporcionando mudanças, adaptação, transformar em aprendizagens, crescimento e encontrarem um sentido a partir destas, o que acontece nas mais diversas áreas como em doenças crónicas e casos de cancro. Segundo Poseck et al. (2006), uma pessoa é “*ativa e forte, com capacidade natural para resistir e renascer apesar das adversidades*” (p.40). Sabe-se que para descrever estas mudanças positivas têm sido explorados diversos conceitos, mas os mais frequentes são: crescimento pós-traumático (*posttraumatic growth*; PTG Calhoun & Tedeschi, 1999), crescimento existencial (*existential growth*; Yalom, 1980), crescimento relacionado com o *stress* (*stress-related growth*; SRG) face ao trauma (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006), aliados também ao conceito de resiliência (Bonanno, 2004).

Na raiz da questão, conceitos como resiliência e crescimento pós-traumático, traduzem-se, assim, em reações adaptativas face ao trauma (Vázquez et al., 2008), mas em última instância é importante distingui-las. Segundo Bonanno (2004), a resiliência existe, sempre que é relacionada com a perda e com o trauma e consiste na capacidade de manter níveis estáveis, ou seja, um equilíbrio constante de funcionamento psicológico face ao acontecimento em si, isolado e potencialmente perturbador. Em outro aspeto, o

crescimento pós-traumático, pressupõe que o indivíduo não só resista só ao evento considerado traumático e paralelamente a isso, reponha ainda os seus níveis de padrão de funcionamento, semelhante ao período anterior ao impacto da situação e, que os transcenda também. É neste cenário que o conceito de Crescimento Pós-Traumático (CPT) emerge como uma área de investigação essencial. Note-se que tem havido um número crescente de estudos, dedicados a estudar traços positivos (Peterson & Seligman, 2002) e demonstrado o papel benéfico das forças individuais na promoção do bem-estar psicológico (Duan, 2016), no funcionamento (Huber, Webb & Höfer, 2017) e ainda ao nível da satisfação com a vida e estado de saúde (Xie, 2013), mas também compreender os fatores de adaptação à doença (Ata, Dönmez & Pörücü, 2023).

Sabe-se que as pessoas expostas a acontecimentos potencialmente traumáticos, podem retirar benefícios positivos dessas experiências, exemplo disso, que 50% a 60% das pessoas que experienciam também algumas positivas, decorrentes desses mesmo eventos traumáticos (Moshki et al., 2020). Acresce que a literatura indica que a resiliência e o crescimento pós-traumático em familiares de doentes oncológicos é superior ao da população em geral (Baenziger et al., 2024). Isto significa que a experiência do cancro, para além dos doentes, também afeta significativamente a vida dos familiares e cuidadores destes indivíduos, que muitos relatam níveis elevados de *distress* psicológico, bastantes vezes maiores do que os próprios doentes oncológicos (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2018). A doença traz consigo implicações a nível físico, emocional, interpessoal e social, evocando sintomas negativos, como *stress*, ansiedade e depressão (Simpson et al., 2015). No entanto, apesar das dificuldades, podem surgir mudanças positivas. O *stress*, que aparece como resposta às adversidades, pode conduzir a um aumento da resiliência (Cui et al., 2023; Santana et al., 2017; Simpson et al., 2015; Song et al., 2021; Zhang et al., 2019; Wu et al., 2024) e promoção do crescimento pós-traumático (Baqutayan, 2019; Ickovics et al., 2006; Loïselle et al., 2011; Pitman et al., 2018), com o recurso a estratégias de *coping* adaptativas. Isto ilustra evidências nos doentes ao nível de maior resiliência e um maior potencial de crescimento pós-traumático (Teixeira & Pereira, 2011; Üzar-Özçetin & Hiçdurmaz, 2017), sendo que se verifica que 50% dos familiares demonstraram mais resiliência e alto crescimento (Sharp et al., 2023).

## Viver com a Doença Oncológica

### *Conhecer a Doença: O Cancro*

Li uma vez que *“falar de Doença Oncológica é falar de cancro”*. A palavra *“cancro”*, etimologicamente deriva do latim *cancer* e significa *“caranguejo”*, que nos remete para o século V a.C., em que Hipócrates verificou que as veias e/ou vasos sanguíneos ao seu redor que irradiavam os tumores, se configuram como semelhantes a um caranguejo (Pereira & Matos, 2002). O cancro não é uma doença qualquer. As descobertas igualmente importantes do médico e cientista de renome, Virchow, foram feitas numa época em que o conhecimento sobre o cancro e o seu desenvolvimento ainda era limitado e em 1958, ao observar *“amostras”* de cancro ao microscópio, compreendeu que o cancro, na sua forma mais básica, é caracterizado e desenvolve-se por uma proliferação (anormal) das células, levando ao desenvolvimento e crescimento (patológico) de células malignas, conhecido como hiperplasia celular (Mukherjee, 2011), que crescem e se propagam nos corpos e essas células *“não sabem como morrer”* (Frank, 2013, p. x). Pode ser assim, descrito como uma condição resultante da transformação de uma célula em estado normal, na maior parte dos casos, para uma célula cancerígena, um processo, que geralmente pode levar muitos anos.

Sabe-se que uma célula cancerígena, contrariamente a uma célula em estado normal, adquire três propriedades, que consistem em características essenciais e determinantes da doença: (1) capacidade ilimitada de crescimento; (2) incapacidade de morrer; (3) capacidade de propagação (a partir do local de origem). Estas propriedades definem, entre linhas, como é que um cancro pode crescer e sobreviver num corpo, o que nos permitirá definir o quão curável, um cancro é, consoante a idiosincrasia de cada cancro, ou seja, às suas particularidades relacionadas com o ritmo de crescimento, a capacidade de metastizarem e, assim, se espalharem pelo corpo todo ou a existência de outros que apresentam uma capacidade mais limitada para fazê-lo. Na mesma medida, em que *“cada pessoa é única, todos os cancros também o são”* (Frank, 2013, p. 10).

Estas ideias foram um passo importante para a compreensão do cancro, que sofreu uma metamorfose. Num outro ângulo, a palavra cancro descreve muito mais do que uma doença, sendo também concebida como uma *“invasão”*, uma *“guerra”*, o *“inimigo”*, que invade o nosso interior (por meio do corpo), mas é também visto como um *“estigma”*, um

“fracasso”, uma “maldição” ou um “castigo” (Rai & Ross, 2024, p. 411), em que a doença passou a personificar-se como “ameaçadora”. Embora atualmente tenhamos um conhecimento muito mais abrangente, o cancro ainda se define, segundo um olhar médico, não como uma doença, mas sim um conjunto de doenças relacionadas e que podem ocorrer e afetar em praticamente qualquer parte do corpo e, por isso, existem vários tipos de cancro, denominados com base nos órgãos ou tecidos onde o mesmo teve origem ou onde surge metastizado (*National Cancer Institute [NCI]*, nd.).

Tornamo-nos “vítimas” ou “sobreviventes” do cancro (Rai & Ross, 2024) e a recuperação é expressa com incerteza como remissão. Não se tem simplesmente uma doença, “*luta-se contra o grande C e não se morre simplesmente, cede-se após uma valente batalha*” (Sabini & Maffly, 1981, p. 127). O cancro é, assim, um assunto que é temido e evitado, mas devido à sua prevalência, está sempre presente na nossa consciência (Rai & Ross, 2024).

Na perspetiva do paciente, mas também na perspetiva de profissionais de saúde e da sociedade em geral, é fundamental estar familiarizado que, no momento em que o cancro é diagnosticado, é necessário obter informações detalhadas. Essas informações incluem conhecer o tipo específico de cancro, a fase de extensão (ou seja, quão avançado está), se existe a possibilidade de cura; as possíveis influências de fatores ambientais ou genéticos, que possam ter predisposto o indivíduo para o desenvolvimento da doença. É também importante considerar o prognóstico, assim como, perceber se há eventualmente a existência de outros problemas de saúde, que podem de igual forma, influenciar a trajetória ou o tipo de tratamento a seguir. No que diz respeito ao tratamento, é necessário esclarecer-se sobre as opções disponíveis, sobre os tipos de tratamento, a sequência da realização dos mesmos, a sua duração e os horários recomendados. É importante estar ciente dos possíveis efeitos secundários, tanto a curto prazo, como a longo prazo, sabendo como minimizá-los ou preveni-los, caso ocorram (Frank, 2013; Goerling & Mehnert, 2018).

“*A sombra da doença e da dor preenchem por completo a vida do indivíduo, exacerbando-se de forma indescritível*” (Bidarra, 2010, p. 14). Em outras palavras, o cancro é uma doença ou condição grave e crónica, ou seja, uma doença ou limitação funcional de longa duração e progressão lenta (*World Health Organization [WHO]*, 2023). É, frequentemente, ainda associado a “dor”, “sofrimento”, “*mutilação ou amputação de parte do corpo*” (Duarte, 2002, p.38), mas, para além disso, o cancro é

frequentemente relacionado à *ideia de morte*, sendo a sua consequência mais temida e por isso, existe ainda na sociedade em geral, uma certa tendência em evitar pronunciar a palavra “cancro”, resultando muitas vezes na utilização de substitutos eufemísticos, em particular “*doença má*”, “*doença maligna*”, “*doença incurável*” ou “*doença prolongada*” (Terreno, 2000). Segundo Bidarra (2010), esta palavra surge instantaneamente como algo “*assustador*”, que associamos à “*vulnerabilidade*” e à “*ansiedade*” (p. 13). Define-se por isso, como um fenómeno não só biológico, mas também psicológico e social. Sabe-se que com o avanço da medicina, o cancro deixou de ser visto como uma doença fatal, havendo inúmeras opções de tratamento disponíveis. Mas, no meio disto, a palavra cancro ainda carrega o seu peso significativo, fazendo com que, como que em género de “prisioneiro”, traga consigo o medo de morrer e da morte em si, imaginada ou inevitável. Para além disso, é comum que o indivíduo experiencie outros medos, como o medo do sofrimento associado aos tratamentos, o medo da alteração da imagem corporal e/ou o medo da dor, que poderá ser pensada como algo sem possibilidade de controlo (Veit & Carvalho, 2010).

De qualquer forma, sabe-se que “...*cancer is expected to rank as the leading cause of death and the single most important barrier to increasing life expectancy in every country of the world in the 21<sup>st</sup> century...*” (Bray et al., 2018, p. 394), é a segunda causa principal de morte em todo o mundo — e, em particular, em Portugal (Instituto Português de Oncologia de Lisboa [IPO], 2024).

### ***Vivência do(a) Doente***

Sabe-se que o impacto do cancro tem sido estudado por inúmeros autores, o que contribui para uma compreensão transversal das dificuldades que a doença oncológica traz para o doente e para a sua dinâmica familiar (Pinkert et al., 2013). Neste sentido, importa perceber que tipo de desafios em particular esta doença carrega consigo, nas diferentes fases, mas também as suas consequências na vida do doente.

Segundo Mullan (1985), a trajetória da vida de uma pessoa com cancro decorre em diferentes fases, começa na fase aguda e segue na fase permanente, onde termina e, é no intervalo de tempo entre a primeira fase e a última, em que é reconhecida a cura, fluxo que se pode estender em alguns anos. O que significa que cada um destes momentos específicos tem as suas próprias características e exigências, que definem a sua natureza.

Viver este processo, profundamente humano e dinâmico, significa, assim, que, segundo esta perspetiva, a pessoa vai experimentar diferentes acontecimentos, viver diferentes transições emocionais, sociais e existenciais, sem que saiba quando o fim vai chegar, um percurso muitas vezes imprevisível.

O diagnóstico de uma doença crónica, como o cancro, desencadeia alterações internas e configura-se como um processo desafiante que exige que o indivíduo crie estratégias e mobilize recursos para lidar com as principais adversidades (Pedras, Ferreira & Pereira, 2016). Face ao diagnóstico, o doente apresenta sentimentos de negação e choque, que funcionam como um mecanismo de defesa, que vão conduzir a uma cascata de emoções, que incluem um aumento da ansiedade, *stress* e tensão, reforçando a necessidade de expressarem as suas angústias e preocupações. Esta cadeia de acontecimentos, pode inclusive levar a que se experiencie *distress* emocional e ao desenvolvimento de problemas psicológicos (Chumdaeng et al., 2020), que vai muito além da dimensão física da doença. Este é um momento de vida adverso e potencialmente traumático, em que é necessário adaptar-se a esta nova realidade, que impacta pelas alterações na qualidade de vida e poderá desencadear em si, níveis significativos de ansiedade, depressão e/ou desenvolvimento de perturbação de *stress* pós-traumático (Silva et al., 2011), colocando-o perante a sua própria vulnerabilidade e fragilidade. A pessoa com doença oncológica reflete um grande sofrimento, que vai além da fase de diagnóstico, e se espelha ao longo de todo o processo de doença (Weis, 2015).

Em seguida, ao diagnóstico, segue-se a fase tratamento, em que se sujeita os doentes a vários tipos de procedimentos médicos continuados e maioritariamente agressivos (Silva et al., 2011), exemplos disso são, a radioterapia, quimioterapia, as terapias hormonais, imunoterapias e a cirurgia (Ogden, 2004), sendo que o tipo de tratamento a realizar é escolhido, consoante, o grau de gravidade e tendo em consideração a idade, o tamanho do tumor, os genes e o envolvimento dos nódulos (Biganzoli, 2009). O Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2023b) esclarece, de forma sucinta, que o objetivo de qualquer tratamento é eliminar todas as células cancerígenas que existam.

Numa fase de pós tratamento, surge a fase de remissão que se refere à ausência temporária ou permanente da doença (Serviço Nacional de Saúde, 2023a). Uma forma de controlar a saúde dos doentes em fase de remissão, é por meio de exames médicos periódicos, que ajudam a detetar sinais de cancro e os efeitos secundários dos tratamentos (Chumdaeng et al., 2020). Se o cancro voltar a aparecer, a pessoa encontra-se na fase

recidiva, na qual as células “adormecidas”, que não tenham sido eliminadas pelo(s) tratamento(s), multiplicam-se e voltam a desenvolver-se o cancro, que pode regressar num prazo de semanas ou anos no mesmo local ou noutra parte do corpo, após a remoção do cancro primário (Serviço Nacional de Saúde, 2023a). Em contrapartida, considera-se sobrevivência sempre que se ultrapassa o período de remissão que decorre em cinco anos (National Cancer Institute, 2024a). É de notar que na fase de sobrevivência é comum que algumas pessoas deem uma atribuição positiva à sua experiência, não a percebendo como um trauma, apesar de todos os aspetos negativos (Patrão & Leal, 2004) e que as leva a encarar os eventos e os projetos futuros de vida de uma forma mais positiva.

Em situações de fase terminal, esta descreve-se pela irreversibilidade da doença, isto significa, quando não existe tratamento possível. Denomina-se de doença terminal quando esta é incurável e em estado avançado e sem retorno, onde a possibilidade de resposta ao tratamento é nula (Capela & Apóstolo, 2012), em que é importante promover a aceitação da morte, uma vez que, é iminente o confronto com a sua proximidade e que ameaça a integridade dos doentes. Visto de outra perspetiva, o sofrimento do doente em fim de vida constitui uma parte íntima e indivisível do “eu”, já que se relaciona com o seu todo (Best et al., 2015; Twycross, 2001).

Segundo Kübler-Ross (1969), o diagnóstico de uma doença grave e potencialmente terminal desencadeia momentos de desestruturação psicológica, que faz com que os pacientes e os seus respetivos familiares percorram um caminho complexo e que se desdobra em algumas fases emocionais características, como parte do processo natural de adaptação. Não se constitui necessariamente como um processo linear, em que há uma sequência rígida e rigorosa, uma vez que, nem todos os pacientes o vivenciam da mesma forma e, nesta perspetiva descrevem-se os seguintes estágios sistematizados: (1) *a negação*, em que o paciente quer negar a realidade e considera-se capaz de lidar com a situação; (2) *a revolta*, o paciente poderá sentir-se injustiçado e questionar-se (e.g., porquê eu; o que fiz de errado); (3) *negociação ou barganha*, o paciente já admite a existência da doença mas tenta “negociar” a cura, tentando ter algum controlo (e.g., fazer promessas, nomeadamente a Deus, ou seja, se ficar curado dedicará a sua vida a ajudar os outros); (4) *a depressão*, sempre que os mecanismos anteriores não resultaram como sentimentos de raiva e esperança, sendo substituídos por sentimentos de perda, desânimo generalizado, desesperança, desamparo, em que o paciente sente que os esforços para impedir as consequências da doença não foram bem sucedidos; (5) *a aceitação*, o paciente

compreende a doença e a sua evolução e consequências e, nesta fase, poderá já não se sentir zangado ou mesmo triste. Todas estas fases exigem o ajuste do indivíduo à doença, mas, sabe-se que os doentes que se encontram em fase terminal, que receberam apoio e passaram por outros estágios, apresentariam um percurso menos difícil até à aceitação (Goerling & Mehnert, 2018).

Viver com doença oncológica comporta, assim, uma série de desafios e mudanças intensas na vida das pessoas. Segundo Draeger et al. (2018) e Kaul et al. (2017), existe uma maior predisposição para o sofrimento, para o *stress* psicológico e emocional (Cook et al., 2018), observando-se ainda angústia, medo, preocupação (Randazzo & Peters, 2016), depressão e ansiedade (Algar & García, 2016; Smith, 2015), mas que podem também ser consideradas como reações “normais” e naturais ao processo de adaptação à doença (Trill, 2013), que podem ser vistas como um papel crucial para a gestão eficaz da doença. Neste contexto, o conceito de adaptação refere-se à capacidade do indivíduo aceitar as mudanças internas e externas impostas pela doença, apresentando atitudes e comportamentos adequados como respostas à situação atual (Kütmeç Yılmaz & Kara, 2021), levando-o assim a encontrar um novo equilíbrio nestas novas circunstâncias e realidade (Giovannetti et al., 2017).

Segundo a National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 2023), o *distress* é considerado parte integrante da experiência da doença, sendo definido como uma vivência desagradável que pode afetar os aspetos mentais, físicos, sociais e espirituais da pessoa, influenciando a forma como pensa, sente e age, manifestando-se frequentemente por sentimentos de tristeza, medo e desesperança. Embora tais sintomas sejam normais e esperados em qualquer fase da doença, é importante notar que níveis elevados de *distress* podem comprometer a saúde física e mental, impactando negativamente outras esferas da vida do/a doente (Silva et al., 2023).

O diagnóstico de cancro, juntamente com os tratamentos que o acompanham, continuam a ser amplamente relacionados a um prognóstico desafiante, a uma evolução fatal e a um intenso sofrimento psicológico que impacta o doente e a família. Embora alguns doentes consigam adaptar-se à doença, outros apresentam mais dificuldades e barreiras na adaptação, particularmente num momento posterior ao diagnóstico (Cardoso et al., 2009), no curso da enfermidade, mostrando as diferentes realidades e evidenciando a complexidade de lidar com a doença em si e reconhecer em como pode ter dimensões muito subjetivas. Na sua grande maioria, as pessoas continuam a ser absorvidas e

enfrentam os receios constantes que permanecem na sua mente sobre a possibilidade de recidiva e os pensamentos acerca das sequelas físicas e emocionais, resultantes e que persistem no processo de doença (Ellegaard et al., 2017), associado a um decréscimo na qualidade de vida, condição muito documentada na literatura científica (Cruickshank et al., 2019; Simonelli, Siegel & Duffy, 2017). Somado a isso, pode ser ainda considerada como uma experiência potencialmente traumática (Cordova, Riba & Spiegel, 2017).

Sob a ótica da magnitude da doença oncológica, as pessoas procuram responder aos fatores *stressantes* da mesma, utilizando como opção, respostas psicológicas que habitualmente possuem para lidar com as adversidades da vida no seu dia a dia. No entanto, estas respostas, que geralmente são eficazes em situações de menor intensidade emocional ou com menos impacto pessoal, podem ser percebidas como insuficientes ou desadequadas para esta situação particular e complexa de doença oncológica (Oliveira, Castro, Almeida & Moutinho, 2012). Em consequência disso, a insuficiência ou desadequação das respostas psicológicas pode levar à necessidade do recurso a novas estratégias, exigindo a procura de novas formas de adaptação, e que podem ser uma oportunidade para promover uma (ou mais) mudança (s) na vida da maioria das pessoas (Smith, 2015), influenciando o seu modo de viver (Groarke, Curtis & Kerin, 2013).

Seja como for, as consequências psicológicas poderão variar de acordo com diversos fatores, como variáveis sociodemográficas (e.g., idade); experiência de vida, maturidade e capacidade para encarar a doença; ajustamento emocional (ansiedade e depressão); personalidade e experiências anteriores de *stress*; apoio social; tipo de tratamento e os seus efeitos secundários; estratégias de *coping*; crenças espirituais; saúde geral (Andrade & Fonte, 2017). Na mesma linha em que, nem todas as pessoas vivem da mesma forma, variando significativamente em termos de intensidade e experiência individual face ao diagnóstico de doença oncológica, o que faz com que cada indivíduo reaja de forma única. As respostas são diversificadas, podendo variar em reagir com incerteza face ao futuro, mais concretamente pensamentos sobre a evolução, prognóstico e desfecho da doença, o medo da morte também emerge como um dos desafios mais difíceis de enfrentar, acompanhado de angústia e existe uma reflexão sobre os tratamentos, que podem ser fisicamente exigentes e emocionalmente desgastantes, com receio intrínsecos a estes, de possíveis transformações corporais e possível desfiguração, mas também pelas mudanças exigidas a nível social e do ambiente físico (Pitman et al., 2018; Rowland & Massie, 2010).

Os efeitos resultantes da experiência de doença oncológica e a vulnerabilidade psicossocial variam amplamente de pessoa para pessoa, ou seja, é específica e singular para cada indivíduo, não havendo uma resposta universal ou padrão de como as pessoas enfrentam o cancro, mas depende assim, de múltiplos fatores, incluindo as características individuais e as circunstâncias em que a doença ocorre. A representação individual da doença, a nível cognitivo e emocional, pode ser afetada pela perceção individual do impacto da condição de saúde no doente, no seu projeto de vida e também da sua perceção de capacidade de alcançar objetivos futuros e de manter relações interpessoais (Cardoso et al., 2009) mas, também possui um papel crucial na sua qualidade de vida, que está intrinsecamente ligada à forma como ele percebe e processa a sua condição de saúde.

As vivências associadas à doença oncológica, são extremamente subjetivas e cada pessoa pode percebê-las de formas bastante distintas e, essa diversidade de respostas humanas é um reflexo de fatores individuais, sociais e culturais. Há pessoas que vêem a experiência de doença como profundamente negativa e esta perceção representa uma ameaça à felicidade e ao equilíbrio humano. Em contrapartida, outras não observam qualquer mudança na sua vida e outras ainda descrevem um crescimento positivo após a adversidade (Cho & Park, 2013; Oliveira et al., 2012; Seiler & Jenewein, 2019;).

Essas diferentes perceções demonstram que a forma como a doença é vivida não está apenas relacionada à condição física em si, mas também à maneira como cada indivíduo interpreta e reage às dificuldades. Entre os estudos de Shay, Carpentier & Vernon (2016), destaca-se que o facto de a pessoa possuir uma experiência de doença oncológica mais positiva, contribui para a diminuição do medo da recidiva e para um crescimento pessoal, sugerindo uma visão mais construtivista de como lidar com a doença. Para além disso, sobreviventes e cancro revelam adicionalmente aspetos positivos inerentes à situação de doença que vão desde: a mudança no estilo de vida, a autoconfiança, a resolução de problemas, a redefinição de prioridades, a resiliência e a adoção de um pensamento positivo (Fallah et al., 2012; Seiler & Jenewein, 2019). É sobre a forma como vêem o mundo, com um senso ampliado de propósito, onde muitos indivíduos encontram uma oportunidade para ressignificar a experiência, transformando o sofrimento em aprendizagem e os desafios em crescimento pessoal.

## **A Família a Viver a Experiência de Cancro**

### ***Viver em Família***

A família é comumente identificada na literatura como um “*sistema vivo*”, que faz parte de sistemas mais vastos e amplos da sociedade com os quais faz trocas e interage. Essa interação ocorre por meio das suas fronteiras, à semelhança de uma “*membrana semipermeável*”, que regula e/ou filtra de forma dinâmica a complexa abertura ao meio externo e a preservação da integridade interna do sistema familiar. Cada pessoa que faz parte de uma família, é por sua vez, considerado um subsistema no interior desse sistema maior com capacidade de estabelecer relações com o mundo externo (Relvas, 2000), demonstrando a sua natureza dinâmica e adaptável.

Na ótica da autora, a família, enquanto sistema social, constitui um alicerce fundamental para o desenvolvimento humano, desempenhando funções essenciais como a proteção, a sociabilização e a transmissão de valores culturais aos membros que dela fazem parte. Simultaneamente, é atribuído à família a responsabilidade, o papel de criar um sentimento de pertença, fortalecimento dos vínculos afetivos e a promoção da autonomia, individualização e a construção da identidade de cada indivíduo (Relvas, 2000). Esses elementos, são indispensáveis para o desenvolvimento integral dos seus membros e, que permitem que cada pessoa explore plenamente as suas potencialidades. Neste sentido, a família equilibra a promoção da individualidade com a preservação dos laços afetivos e culturais que estruturam a sociedade como um todo.

Segundo o *International Council of Nurses* (ICN, 2015, p. 143), “*a família é composta por pessoas ligadas através da consanguinidade, da afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes*”. No decorrer do tempo, segundo Patterson (2002), as famílias estabelecem padrões estáveis e consistentes (não rígidos) de interações construídos gradualmente, que permitem um equilíbrio entre as exigências a que são sujeitas a enfrentar as capacidades pré existentes e anteriormente adquiridas, de forma a alcançar o ajustamento familiar, a harmonia e o bem-estar coletivo. O que significa que há por parte da família, flexibilidade suficiente para se adaptar às circunstâncias em transformação, refletindo a capacidade da família se reorganizar face a obstáculos.

## *Crise e Adaptação à Doença*

A família, enquanto um “*sistema vivo*”, como mencionado anteriormente, percorre um caminho evolutivo complexo que acompanha o desenvolvimento dos seus membros e procura adaptar-se às solicitações sociais que vão acontecendo ao longo do tempo e, por estar inserida nesse contexto dinâmico, a família está constantemente sujeita a oscilações, que sempre que se ultrapassam certos níveis, elas podem desencadear respostas que resultam em mudanças permanentes e irreversíveis, dando origem a emergência de novos padrões de funcionamento (Relvas, 2000). Se, por vezes, as exigências do meio e ambiente externo, excedem e superam significativamente os recursos, as capacidades disponíveis que a família possui para lidar com essas situações e os seus padrões habituais, são insuficientes para responder às necessidades impostas, ocorre um desequilíbrio. Esse desequilíbrio pode resultar numa crise, caracterizada e interpretada como um período de marcada desorganização (Patterson, 2002) e instabilidade no funcionamento familiar e, exemplo disso é comprometer dinâmicas internas, sendo necessário ajustes ou estratégias adaptativas para recuperar o equilíbrio.

A família mesmo em crise e com períodos de desordem não pára de funcionar, ainda que de maneira fragilizada, ou seja, “...*prossegue a sua história tentando reencontrar um novo estágio de equilíbrio através da mudança*” (Relvas, 2000, p. 28), como sistema dinâmico e adaptativo, levando a desenvolver determinadas habilidades auto-organizativas específicas, que muitas vezes precisam encontrar formas criativas e colaborativas de lidar com as situações adversas, assegurando que a unidade familiar não se desfragmente, preservando a estabilidade familiar, mesmo face a desafios externos ou internos. Esse processo não ocorre de maneira isolada, mas resulta da interação dos seus membros entre si e com o ambiente ao seu redor, que exerce também influência sobre as dinâmicas familiares, que se pode considerar um “caminho de duas vias”, ou seja, o ambiente pode impor desafios ou oferecer recursos, a família responde de maneira única, moldada pelas suas características e pela sua história. Cada membro desempenha um papel fundamental, contribuindo para a manutenção da identidade coletiva da família.

Essa dualidade – o equilíbrio entre o coletivo e o individual – é o que torna cada família única e distinta em relação às demais e que permite, assim, manter o equilíbrio do sistema, sem perder a sua autonomia e a individualidade que a distingue das restantes. A família posiciona-se, assim, como um ponto de intersecção entre o individual e o coletivo,

permitindo a personalização e a sociabilização dos seus membros equilibrando assim essas dimensões, ao mesmo tempo que estimula o crescimento pessoal e a capacidade dos elementos que a integram para se adaptarem às exigências da vida em sociedade.

Os eventos *stressantes* desempenham um papel significativo no cenário das dinâmicas familiares e, de forma ampla, traduzem-se em eventos de vida que produzem, ou têm o potencial de desencadear, mudança e transformação no sistema familiar (Patterson, 1988), podendo ser caracterizados enquanto normativos ou não normativos e ambos possuem o potencial de provocar ajustes, crises ou reorganizações na estrutura familiar, exigindo dos membros uma capacidade adaptativa para lidar com essas mudanças. Os acontecimentos normativos referem-se particularmente a acontecimentos esperados que ocorrem ao longo do ciclo evolutivo da família, mas os acontecimentos não normativos definem-se por serem imprevisíveis ou inesperados, que fogem à regularidade, que rompem com a rotina e com a previsibilidade do ciclo familiar (Alarcão, 2006; Relvas, 2005). Em outras palavras, a experiência do cancro é percebida como um acontecimento de vida não normativo, uma crise acidental, que afeta fortemente o sistema familiar (Alarcão, 2006) e que quebra o equilíbrio familiar e na sua linha ténue exige uma reestruturação das dinâmicas internas.

Uma premissa alinhada a esta compreensão sistémica é que as crises sérias e as adversidades persistentes e prolongadas, têm um impacto na família, mas com reflexos que se repercutem a todos os membros e às pessoas com quem se relacionam, como que um “efeito cascata” (Lieberman & Fisher, 1995), desequilibrando o seu modo de funcionar e de todos os elementos que a integram, exemplo disso é a deterioração da sua qualidade de vida. Se, mesmo quando apenas um elemento da família passa por um evento *stressante*, as consequências não se restringem apenas à sua experiência individual, mas terá impacto em todo o sistema, que funciona como interdependente e deve-se atender não apenas ao impacto direto do evento, mas também olhar para as respostas familiares e à sua adaptação que podem ter consequências significativas nos seus elementos e nas suas relações interpessoais (Walsh, 2003a), afetando de forma suplementar, as suas emoções, comportamentos e relações, detalhadamente a saúde de um membro têm repercussões diretas e indiretas sobre os outros (Lieberman & Fisher, 1995), criando novos desafios no funcionamento familiar como um todo.

Enquanto elemento *stressante* e ameaçador, a doença oncológica afeta assim o doente, mas também se estende a todo o universo familiar (Rolland, 2005), enquanto

unidade e de forma sistémica e transversal, desde cônjuges, filhos e relações (Northouse, 1995). Esta, não deixa ninguém indiferente, perturbando a sua homeostasia, o equilíbrio pré-existente. À luz destas perspetivas, permite-nos inferir que o confronto com o diagnóstico de cancro, leva a que cada membro individual no cerne de uma família, crie uma perceção subjetiva sobre os recursos familiares disponíveis e da adequação dos mesmos para lidar com a existência da doença crónica e dos desafios impostos (Patterson, 1988; Tavares & Matos, 2016), conforme o papel desempenhado na família, as experiências pessoais, emoções, perspetivas, pela forma como cada um interpreta o contexto em que vive e os mecanismos individuais de enfrentamento. De forma singular, esta avaliação torna-se não apenas um reflexo da experiência individual, mas também um elemento essencial para compreender a dinâmica familiar e para formular estratégias de enfrentamento que considerem tanto as necessidades práticas e emocionais de cada indivíduo no contexto da doença crónica.

A vivência não estática de situações desafiantes ou adversas é integrada num processo contínuo de reajustamento que se foca e tem um papel central essencialmente pela procura de significados atribuídos a esta experiência (Taylor, 1983), o que inclui uma transformação interior e, a abordagem de resposta da família são cruciais no desenvolvimento de processos que favoreçam o enfrentamento de forma saudável e de demonstrar resiliência, que os permite conseguir lidar com as situações e adaptar-se, com a tentativa de compreender e reinterpretar o impacto sentido. Sabe-se que embora algumas famílias sejam mais vulneráveis ou tenham sofrido traumas graves ou dificuldades prolongadas no tempo, a perspetiva resiliente baseia-se na convicção de que as adversidades, embora difíceis, podem ser catalisadoras de mudanças positivas, possibilitando o desenvolvimento de competências, mas também a partir do potencial de reparação e crescimento (Walsh, 2003a), a fim de integrar essa realidade nas suas vidas de maneira mais funcional e isso pode significar encontrar um propósito maior na adversidade ou se focarem em estratégias práticas para superar as dificuldades – processo de ressignificação.

Sendo o diagnóstico de uma doença oncológica, sempre sentido como um acontecimento inesperado e avassalador na vida do/a paciente e da sua família, trazendo consigo implicações a nível físico, emocional, interpessoal e social (American Cancer Society, 2018; Grassi & Riba, 2012; Mazzotti et al., 2012), tendo habitualmente um “efeito destrutivo” e profundo (Silva, Santos & Valentim, 2022) na esfera individual e

familiar. A estas famílias é lhes exigido uma alteração de papéis previamente estabelecidos, a redistribuição ou acréscimo de novas responsabilidades e funções, mas também nas rotinas e reorganização na dinâmica familiar, de forma a incorporar os cuidados do doente e o seu tratamento nas rotinas diárias (Carvalho, 2008; Lawrence, 2012; Pereira & Lopes, 2005). Existe assim, uma transformação significativa em que a vida muda, assim, de um estado de saúde para um de doença, o significado da vida, as relações com os outros e as atividades do quotidiano ficam alterados, para responder às necessidades específicas dos doentes (Ambrósio & Santos, 2011; Cardoso & Luengo, 2009) e as consequências da doença podem ser profundas e duradouras (Teixeira & Pereira, 2011), desafiando as suas capacidades. Estas mudanças nas suas vidas pessoais e familiares, ocorrem com frequência para “lutar” contra uma doença extremamente limitante e incapacitante (Rolland, 2005). Em contrapartida, Young et al. (2002), referem que viver com cancro implica um processo de transição, que passa por uma redefinição da própria identidade e, em particular pode inclusive mudar a identidade familiar (Teixeira & Pereira, 2011).

Isto requer adaptação e que estas famílias desenvolvam várias estratégias para se adaptarem a este evento grave e *stressante* (Sousa et al., 2022). Este processo de adaptação a uma doença oncológica e as consequências que resultam desta situação, vão depender de fatores relacionados com as características da pessoa, mas também com aspetos relacionados diretamente com a doença. Na verdade, muitas famílias enfrentam grande dificuldade em lidar com a doença oncológica que, quanto mais avançada, mais o impacto se intensifica e mais sofrimento causa e, no fundo, isto é, sobre como a família se percebe no contexto da adversidade, para estes familiares, que frequentemente se sentem impotentes, diante da progressão da enfermidade.

Rolland (2005) diz-nos que sempre que o curso da doença é gradual, interfere na capacidade de adaptação familiar que é constante e progressiva, uma vez que, a doença é perpetuamente sintomática, o que pode levar a família à exaustão. Mas, sempre que o ciclo da doença é constante, a família encara como uma situação previsível, em que pode não ocorrer mudanças durante grandes períodos de tempo. No entanto, a própria condição de saúde exige flexibilidade, impulsionando a dinâmica familiar para o extremo da crise, subsequente de procura de estabilidade. A pessoa é confrontada com a sua própria vulnerabilidade e com a possibilidade de perda de um membro ente querido (Teles, 2005), e esse cenário faz com que a família experiencie uma incerteza em relação ao futuro, que,

juntamente com alterações físicas e corporais e com a diminuição da capacidade funcional, podem despertar uma série de emoções negativas e que se destacam em, sentimentos de desespero, impotência, ansiedade, depressão e perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT) (Lawrence, 2012; American Psychiatric Association, 2004). A inexistência de explicações aceitáveis para esta adversidade, sem respostas claras ou razões compreensíveis para a situação, torna mais difícil a sua superação, criando um vazio emocional e um espaço de incerteza e angústia propícios para a imaginação e criação de fantasias por parte das famílias (Cardoso & Luengo, 2009), tornando-se numa tentativa de preencher o desconhecido, o que pode levar a interpretações distorcidas ou exageradas sobre a realidade da doença e as suas implicações.

Patterson (1998) propõe o modelo *FAAR* (*Family Adjustment and Adaptation Response*) que espelha em como o diagnóstico de cancro pode ser entendido como uma fonte de *stress* significativo na vida do/a paciente e da sua família, causando instabilidade e a necessidade de procura de novas formas para lidar com a mudança imposta, em particular no sistema familiar. Esta abordagem do autor, deriva do modelo ABCX (McCubbin e Patterson, 1983; Hill, 1949), que resume a vivência da doença (evento A) como uma experiência *stressante*, que requer a mobilização dos recursos disponíveis da família (fator B), resultando numa perceção da situação e avaliação das suas capacidades face à situação (fator C) e a interação resultante destes três fatores pode resultar num período de crise (X). Simultaneamente, na abordagem *FAAR* distinguem-se, assim, os recursos que estimulam a resiliência familiar em três grandes categorias: fatores psicológicos, intrafamiliares e sociais. Esses recursos ajudam a família a enfrentar os desafios vivenciados, a ultrapassá-los para irem de encontro a um momento de ajustamento e de adaptação pré-crise e pós-crise. Patterson (1998) teoriza, assim, que neste modelo existem duas fases de ajustamento e adaptação, separadas pela crise familiar, em condições subjacentes à doença, de forma a reestabelecer o seu equilíbrio. A fase do ajustamento comporta um período relativamente estável, em que existem poucas mudanças realizadas para responder às exigências e necessidades, com o auxílio das capacidades atuais e disponíveis, por meio de estratégias de evitamento, eliminação ou assimilação, permitindo que a família minimize o impacto do *stressor*, sem comprometer profundamente a sua estrutura. Em plena fase de adaptação, a família pretende alcançar um novo equilíbrio face à crise, desenvolvendo novos recursos adaptativos e comportamentos de *coping*, reduzindo as exigências a que estão sujeitos e/ou mudando a

forma como vêm a sua situação, ou seja, a possibilidade de atribuir um novo significado à crise no seu todo, o que reflete a resiliência inerente a cada sistema familiar (Daneshpour, 2017; McCubbin & Patterson, 1983) e que não se limita a resistir à adversidade, mas inclui a capacidade de crescimento a partir dela, permitindo que integre a experiência de crise na sua trajetória de forma positiva e construtiva.

Estas famílias sofrem muitas vezes “às escondidas” e em silêncio, em como são afetadas pela presença da doença em um dos seus elementos familiares (Collière, 2003), que lhes causa muito sofrimento, em particular aos que se dedicam ao *cuidar* da pessoa portadora de doença, apresentando tantas ou mais necessidades de apoio que o doente (Neto, 2000; Santos et al., 2010). Os estudos de Pereira e Lopes (2005) destacam a dualidade das respostas familiares à experiência de doença e sublinham que grande parte das famílias responde de maneira resiliente, que lhes permite adaptar-se às adversidades, mas que cerca de um terço evidenciam experimentar também níveis clinicamente significativos de *stress* e perturbações psicossociais, o que indica ainda a necessidade de intervenções direcionadas, medidas para atenuar o impacto negativo da doença e reflete a necessidade de promover um ambiente familiar mais equilibrado e adaptativo.

### *A Vinculação e a Vivência do Cancro*

Os seres humanos são e incorporam uma natureza intrinsecamente, relacional (Greenman & Johnson, 2022). Todos os indivíduos estão, de forma inata, estruturados e programados para estabelecer e manter ligações emocionais e laços afetivos significativos com outras pessoas (Bowlby, 1973), que atenta para o processo de vinculação, a base estrutural da relação com o outro.

Bowlby ao longo dos seus estudos (1973, 1977 e 1988) reconheceu, em diversas ocasiões, a importância da vinculação ao longo de todo o ciclo de vida no ser humano, mas, no entanto, a sua ampla investigação centrou-se fundamentalmente na infância, por exemplo, na vinculação da criança aos pais e, sobretudo, com a mãe. Segundo o autor (1988), a vinculação tem duas funções principais: uma biológica, que face à vulnerabilidade existente, garante os cuidados essenciais para a sobrevivência e proteção do bebé, e uma psicológica, onde as figuras de vinculação oferecem segurança e estabilidade, a partir da qual, a criança física e emocionalmente, permitindo que a criança explore o mundo exterior de forma ativa e autónoma.

A vinculação define-se assim, como uma tendência inata, subjacente aos seres humanos, para a criação de vínculos afetivos significativos com figuras específicas (Bowlby, 1979). De forma adicional, foi ainda enunciado que o estilo de vinculação se pode alterar em função da pessoa com quem a criança se encontra vinculada, dependendo de quem é o outro indivíduo na relação podendo, por exemplo, ter estilos de vinculação distintos com pessoas diferentes (Desseilles et al., 2014), o que reflete que os estilos de vinculação não são necessariamente fixos, que se podem adaptar e isto mostra-nos como as dinâmicas e experiências em cada relação podem moldar comportamentos e sentimentos específicos. Embora o vínculo inicial, na infância, seja estabelecido entre a criança e as figuras parentais, originando a vinculação primária, considerada o alicerce dessa teoria, a sua influência e compreensão podem estender-se a outras relações. Durante a adolescência e, posteriormente, na idade adulta, esse vínculo primário é gradualmente substituído por relacionamentos familiares, sociais e românticos (Erkoreka et al., 2021).

A vinculação surge, assim, na literatura, conceptualizada em três formas distintas (Berman & Sperling, 1994; Shaver & Mikulincer, 2002), que oferece uma visão abrangente da complexidade da vinculação permitindo uma melhor compreensão das relações humanas e os laços interpessoais são formados, mantidos e influenciam a vida em diferentes contextos e momentos, em que (1) vinculação como *estado*, que emerge em situações de *stress* e adversidade, num esforço para restabelecer contacto com a figura de vinculação (Bowlby, 1973) para alcançar a segurança emocional e física; (2) vinculação como *traço*, que remete para uma característica estável da personalidade que reflete a tendência para formar relações de vinculação similares ao longo da vida, ou seja, a forma como as pessoas percebem e se relacionam com os outros é relativamente previsível e intimamente ligado aos seus modelos internos de funcionamento que guiam as suas expectativas e comportamentos em relações futuras; (3) vinculação como um *processo de interação*, no contexto de uma relação específica, que envolve troca contínua de sinais, respostas e adaptações entre os indivíduos, onde a qualidade e intensidade de interação moldam e são moldadas pelas necessidades de apego e suporte mútuo, em que as relações são co-construídas.

A necessidade de proximidade e conexão emocional com figuras significativas é universal e permanece crucial em todas as fases da vida, independentemente da idade ou da natureza específica do vínculo. Estudos demonstraram que os adolescentes e adultos, em situações de separação da figura de vinculação, exemplos disso, é como acontece nos cenários de saída de casa dos pais, separação conjugal ou morte de uma figura de vinculação, em que exemplificaram respostas semelhantes às de observadas nas crianças separadas da figura de vinculação, que no fundo, puderam concluir-se que estes comportamentos, considerados à luz da teoria da vinculação seriam “reações normativas” e não patológicas, pressupondo o desenvolvimento de uma estratégia adaptativa no curso da vida, face à dificuldade em se conectar emocionalmente ou fisicamente com a figura de vinculação, ou seja, a pessoa com quem se forma um laço emocional significativo (Weiss, 1982).

Ainsworth et al. (1978), define os estilos “seguro”, “evitante” e “ansioso/ambivalente” em investigações sobre a vinculação da infância, também adotados nos estudos de Hazan & Shaver (1987) que procuraram traduzir para a idade adulta a mesma abordagem, no âmbito de relações amorosas, o mesmo sistema de classificação em três categorias de estilos de vinculação: o perfil “Seguro” em que se sente confortável com a proximidade, é capaz de confiar nos outros e com ausência de receio de ser abandonado; o perfil “Evitante” em que não se sente confortável com a proximidade, não confia nos outros e despreocupado com a possibilidade de ser abandonado; por último, o grupo correspondente ao perfil Preocupado, também denominado de “Ansioso/Ambivalente”, em que não se sente confortável com a proximidade, não confia nos outros e sente um receio intenso com a possibilidade de ser abandonado. Esta classificação surge com a intenção de explorar a organização representacional do adulto, partindo dos pressupostos que a vinculação tem um papel importante na vida emocional dos indivíduos (Bowlby, 1973; 1980), e que estes podem partilhar informação sobre as suas experiências emocionais a partir dos quais os indivíduos têm a capacidade de descrever as suas emoções e comportamentos associados às relações significativas, explicando como se sentem e comportam nessas mesmas relações, e isso inclui os processos conscientes e inconscientes em direção ao mesmo objetivo na construção e manutenção de vínculos afetivos (Crowell, Fraley & Shaver, 1999). Main, Kaplan & Cassidy (1985), por sua vez, adotaram as seguintes categorias, que ampliaram a compreensão dos estilos de vinculação, também definidas como

“autónomo”, “desligado”, “preocupado” e a classificação suplementar “*unresolved*”, habitualmente associada a perdas ou situações traumáticas e destaca a influência de vivências emocionais marcantes na forma como os indivíduos estabelecem vínculos.

Em contraste, Collins & Read (1990) apresentaram uma abordagem distinta, que confluíam em três dimensões: *Close*, *Depend* e *Anxiety*, sendo que *Close*, avalia a forma como o indivíduo se sente confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas; *Depend*, avalia a forma como os indivíduos sentem poder depender de outros em situações em que necessitam deles; por último, a terceira, *Anxiety*, avalia o grau em que o indivíduo se sente preocupado com a possibilidade de ser abandonado ou rejeitado. Estas surgem, no sentido em que, a possibilidade de o sujeito se situar ao longo de dimensões contínuas, assume uma maior variabilidade entre sujeitos, não impõe fronteiras rígidas de pertença a grupos específicos, havendo uma flexibilidade que reconhece as diferenças individuais nos estilos de vinculação são complexas, sem se restringir a classificações fixas, mas que fluem (Fralely & Waller, 1998; Griffin & Bartholomew, 1994). Sabe-se ainda que, embora a vinculação do adulto tenha as suas raízes nas interações com as figuras de vinculação durante a infância não parece estática, é influenciada, ao longo da vida, por experiências como a morte de uma figura de vinculação, a qualidade de uma relação amorosa ou por uma intervenção psicoterapêutica (Bowlby, 1988), que podem moldar e/ou transformar os padrões de vinculação que reflete a plasticidade da experiência humana.

Se mudarmos o olhar teórico para a questão da vinculação de Armsden e Lewis (1993), observaram nos seus estudos que a teoria da vinculação permite compreender e prever as atitudes do(s) elemento(s), sempre que confrontados com a doença no seu seio familiar e com conseqüentes alterações familiares. Esta teoria propõe que um sentimento de segurança é desenvolvido e mantido quando existe confiança na disponibilidade, acessibilidade física e responsividade psicológica e emocional das figuras de vinculação (Bowlby, 1969/1982). No percurso desenvolvimental da criança, por meio do contacto com o mundo exterior e da capacidade de resposta e disponibilidade da figura de vinculação mais próxima, geralmente a figura materna, interioriza o padrão de relação e constrói modelos internos ou *working models*, modelos cognitivo-afetivos de si mesma e das suas relações com os seus cuidadores primários, tendo em atenção as interações que estabelece com eles, tornando-se essa a matriz sobre a qual todos os vínculos posteriores se irão desenvolver (Bowlby, 1988/1989). Estas representações mentais de relações

significativas, também definidos por modelos internos dinâmicos, uma vez organizados, tendem a funcionar de forma automática e inconsistente, tendem a ser persistentes, sendo que todas as novas informações recebidas são assimiladas através destes modelos pré-existentes (Yárnoz et al., 2001) e têm tendência a permanecer estáveis no tempo, embora possam ser modificados em determinadas circunstâncias. O indivíduo utiliza os seus modelos para se orientar na estruturação das suas relações de intimidade e proximidade, mas também para antecipar a disponibilidade do outro para responder e satisfazer as suas necessidades de carência, apoio e proteção (Bastos & Costa, 2005; Bowlby, 1973). Para além disso, guiam e influenciam as expectativas e o comportamento em simultâneo com o dos cuidadores e dos outros, particularmente em situações ameaçadoras, exemplo disso, é a vivência do cancro, que tem impacto no desenvolvimento das capacidades de *coping* (Bowlby, 1969/1982; Tozer, Stedmon & Dallos, 2018), possuindo um papel central para enfrentar as adversidades.

A revisão sistemática que envolve 15 estudos quantitativos, efetuada por Nicholls, Hulbert-Williams & Bramwell (2014), sublinha a dimensão de que um estilo de vinculação mais inseguro tem piores resultados para os doentes em termos da sua adaptação psicológica ao cancro e da sua capacidade de perceber e ter acesso a apoio social, também associado à depressão, a um maior *stress* e a dificuldades na prestação de cuidados. Schmidt et al. (2002), observou que os indivíduos com um padrão de vinculação segura mostram uma tendência significativa para procurarem apoio social, enquanto os sujeitos com um padrão de vinculação inseguro-ambivalente apresentam um comportamento caracterizado por hiperativação do sistema de vinculação e a evidenciar comportamentos ambivalentes face à procura de apoio e/ou oscilar entre a procura de apoio e sentimento de insegurança ou dependência em relação às figuras de vinculação. O padrão vinculativo inseguro-evitante está associado a comportamentos de afastamento face à figura de vinculação, preferindo lidar com os desafios de forma isolada.

A evidência científica sugere também que o estilo de vinculação influencia diretamente a capacidade da pessoa para construir uma narrativa estruturada e coerente sobre um evento desafiante e *stressante* (Fivush & McDermott Sales, 2006; Main, Kaplan & Cassidy, 1985), ou seja, como os vínculos afetivos contribuem para um desenvolvimento de estratégias cognitivas e emocionais para lidar com as adversidades. No entanto, um estilo de vinculação segura está associado a um crescimento positivo e a um melhor bem-estar. Mas, o que é que isto significa? A teoria da vinculação permite,

assim, prever a vulnerabilidade ou resiliência a situações ameaçadoras à vida e desempenhar um papel significativo no potencial do crescimento pessoal e emocional em situações difíceis e possibilita explorar desafios de forma mais aberta e transformar a experiência em aprendizagem e ampliar a capacidade de criar mais significados para a vida. O sistema vincutivo é ativado com o *stress* intenso e com a existência de doença, podendo, assim, ser uma estrutura motivacional importante para a dinâmica do processo de enfrentar, processar e vivenciar a experiência de doença (Bowlby, 1990), existindo uma relação significativa entre o estilo de vinculação adotado e as estratégias de *coping* utilizadas face à crise.

### **Cancro: Uma Experiência Traumática**

Uma parcela significativa das pessoas experiencia pelo menos uma situação exigente e que as expõe a fatores de *stress* extremos (World Health Organization, 2003) ou um evento potencialmente traumático (EPT) durante o curso da sua vida (Bonanno, 2005; Bonanno et al., 2006; Mancini & Bonanno, 2006). Em Portugal, a taxa de exposição a este tipo de eventos é de 69% (Benjet et al., 2016).

O trauma psicológico é definido na literatura como uma resposta, uma incapacidade de integração que sobrecarrega o indivíduo de uma perspectiva emocional e cognitiva, afetando a sua capacidade de funcionar, de lidar com as situações, comunicar e expressar. Esta tem impacto na sua estrutura individual, no funcionamento psicológico e comportamental (Torres Bernal e Mille, 2011), alinhado com a natureza da experiência traumática inesperada, com a falta de preparação do indivíduo para lidar com a experiência traumática e a impossibilidade do indivíduo fazer algo para evitar que a experiência traumática acontecesse, o que reforça a vulnerabilidade humana. São características que concebem o trauma com uma experiência para comprometer a saúde mental e física – e que pode impactar como as pessoas se relacionam com o mundo ao seu redor.

Segundo Van Der Kolk (2020), o trauma impede as pessoas de avançarem, porque as pessoas traumatizadas ficam “presas” e interrompem o seu processo de desenvolvimento e crescimento, não conseguindo integrar novas experiências nas suas vidas. Estar traumatizado significa viver e organizar a vida, como se o trauma ainda estivesse a ocorrer, de forma fixa e imutável, em que cada acontecimento (no momento

presente) é respondido e sentido com essência nas experiências dolorosas do passado, como se ainda o estivesse a viver, influenciado por marcas do trauma e, isso faz com que novas situações sejam interpretadas à luz do trauma, distorcendo a percepção da realidade atual.

Sempre que passamos por experiências traumáticas, que têm o potencial de causar impactos significativos consequentes do trauma, que abalam a nossa “estrutura” interna, desafiam os nossos sistemas de crenças, relacionados com a atribuição de significado, a fé, as expectativas sobre a humanidade e própria vida, e na mesma medida, podem criar mudanças que se podem manifestar de diversas formas e lentes, como ao nível da visão do mundo, das crenças sobre a natureza humana, dos padrões de intimidade, das relações interpessoais e das conceções de si mesmo (o *eu*), da sua história e biografia e da sua identidade pessoal (Wilson & Keane, 2004), há uma rutura no *self* por meio da desconexão e da supressão do caos interno (Van Der Kolk, 2020). Existe, assim, uma rutura psíquica importante que excede a nossa capacidade de processamento profundamente pessoal.

A situação em si (estímulo que provoca o *stress*) não é considerada traumática, ou seja, não é o evento em si, o que acontece objetivamente na nossa vida que delimita se uma experiência é ou não traumática para o indivíduo, mas sim a vivência interna, o que acontece subjetivamente dentro de nós, em consequência do que vamos vivenciando, a forma como os indivíduos processam e interpretam o evento, da percepção e a sua experiência subjetiva do acontecimento e, nesta sequência usa-se de forma intencional a palavra “potencialmente” (Torres & Mille, 2011). A resposta a eventos potencialmente traumáticos varia amplamente de pessoa para pessoa. Esta experiência subjetiva de cada sujeito, devido a uma combinação de fatores que influenciam como cada indivíduo percebe e reage às adversidade, pode depender da natureza do evento, a sua severidade, duração e intensidade do acontecimento, exposições anteriores, diferenças individuais, fatores biológicos e genéticos, variáveis de personalidade, do seu funcionamento cognitivo, história pessoal e clínica do indivíduo, do significado que o evento representa, das estratégias de *coping* disponíveis, dos valores e crenças pessoais do indivíduo e do suporte social sentido por parte das das pessoas à sua volta (Guerreiro et al., 2007).

Simplificando o raciocínio, a mesma situação pode ser traumática para um indivíduo e não para outro, e, mesmo que seja traumática para ambos, irão lidar e reagir de forma diferente, distinta e muito particular face a estes acontecimentos (Guerreiro et

al., 2007), pela sua própria complexidade que lhes é inerente. Esta perspetiva é também partilhada por Bonanno (2004), que defende que a capacidade de adaptação humana é ampla e diversa, que nem todas as pessoas enfrentam e lidam da mesma forma com os acontecimentos potencialmente traumáticos, sendo que há uns indivíduos sofrem muito mais intensamente que outros, e a maioria das pessoas consegue lidar com estes eventos relativamente bem, sem prejudicar o seu funcionamento normal no dia-a-dia, as suas relações próximas e a capacidade de prosseguir com a vida. No fundo, sempre que confrontadas com estes eventos, as pessoas podem ter reações diversas, existindo uma grande variabilidade de respostas, o que reforça ainda mais a importância de entender as respostas ao trauma como dinâmicas e contextuais, reconhecendo a complexidade humana diante da adversidade.

Tendo em consideração a *American Psychiatric Association* (2004) existem várias situações que podem ser consideradas como eventos potencialmente traumáticos, em que o indivíduo pode estar exposto (direta ou indiretamente) a esses acontecimentos, ou tomar conhecimento de que aconteceu a alguém próximo: morte inesperada de uma pessoa significativa (familiar ou amigo); tomar conhecimento de que um familiar tem uma doença potencialmente fatal; envolvimento num acidente ou desastre; agressão física; ameaça de morte; lesões significativas ou risco para a integridade (própria ou dos outros); violência sexual; sequestro; ser forçado a abandonar a sua casa ou o país; exposição a guerra; ataques terroristas; tortura; entre outras situações. Estes acontecimentos podem levar ao desenvolvimento de perturbação psicológica, sendo, por isso, considerados potencialmente traumáticos. Nestas situações de *stress* extremo, as defesas psicológicas do indivíduo são ultrapassadas, havendo um impacto no seu funcionamento e, desta forma, o indivíduo experiencia medo intenso ou sensação de impotência (Guerreiro et al., 2007).

A compreensão do trauma, desencadeou mudanças significativas e evoluiu, ou seja, a definição de evento traumático foi aprimorada, abandonando a perspetiva de que doenças crónicas como o cancro, podem ser integradas como um trauma (Bonanno, 2004), propondo que uma doença potencialmente fatal ou uma condição clínica debilitante não são consideradas necessariamente eventos traumáticos (Bonanno & Diminich, 2013). Reflexo disso é que, a literatura continua a ter visões ambíguas de como conceptualizar o trauma, pelas suas particularidades e complexidades. Kaster et al. (2019), compreendem que a experiência de doença oncológica se enquadra nessa

definição, uma vez que, pode envolver o risco de morte e desencadear uma série de reações emocionais e psicológicas significativas nos pacientes e nas suas famílias, como intensificar o sofrimento psicológico, sentimentos de ansiedade, depressão e *stress*, como já mencionado anteriormente. De forma semelhante, essas experiências podem ser comparadas a outros eventos traumáticos, sendo capazes de levar ao desenvolvimento de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático.

## **O Potencial Humano Face à Adversidade**

Inevitavelmente, no curso da vida, deparamo-nos com momentos positivos e negativos e a maneira como enfrentamos esses acontecimentos, desempenha um papel crucial e traz consequências importantes no nosso bem-estar físico e psicológico (Smyth, 1998). Mas, a Psicologia (tradicional), historicamente tem focado mais a sua atenção no processamento de acontecimentos significativos, sobretudo nos negativos, ou seja, dava-se mais ênfase a aspetos disfuncionais (Lyubomirsky, Sousa & Dickerhoof, 2006) e consequentemente, nas repercussões negativas dos eventos traumáticos, tem sido este o grande foco de interesse das investigações, negligenciando na Ciência Psicológica, os aspetos saudáveis dos seres humanos (Paludo & Koller, 2007), das características positivas e virtuosas dos seres humanos, direcionando o estudo para os aspetos “anormais” (Seligman, 2002), como resposta “normal” ao trauma. É assim, uma ciência que direciona para a cura e reparação de danos psicológicos. Nesta sequência, a Psicologia Positiva (Paludo & Koller, 2007) é uma mudança de perspectiva que traz uma nova visão sobre o ser humano, que procura compreender e promover aspetos positivos, focados nas qualidades e forças (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), fundamentais no bem-estar e na saúde mental e, não nos problemas e patologias como até este instante é o mais comum, destacando a sua “capacidade natural de resistir e renascer, apesar das adversidades” (Poseck, Vaquero & Jiménez, 2006) e, assim, adaptar-se e encontrar sentido nas experiências traumáticas, mas também sobre a capacidade natural do ser humano ultrapassar e inclusive aprender com estes eventos. Isto significa que não se desconsideram as dificuldades, mas dá-se mais enfoque às questões positivas, é um olhar mais construtivo e proativo sobre o potencial humano e valoriza o desenvolvimento pessoal. Existem assim, nesta ótica, modelos mais otimistas para compreender e

conceptualizar o trauma, capacidade essa que foi ignorada pela Psicologia durante muitos anos (Gilham & Seligman, 1999).

É ainda preciso entender, que na realidade, o sofrimento humano e os aspetos negativos fazem parte e são de grande interesse para a Psicologia Positiva e, exemplo disso, é que conceitos como resiliência e crescimento pós-traumático, traduzem-se em reações adaptativas face ao trauma (Vázquez, Castilla & Hervás, 2008), mas é importante distingui-las.

### ***Resiliência***

As dificuldades, o *stress* e a adversidade são uma parte inevitável da experiência humana (Fullerton, Zhang & Kleitman, 2021), na mesma medida em que vivências potencialmente traumáticas também fazem parte da vida de praticamente todos os seres humanos, e podem afetar os indivíduos a nível psicológico, social e fisiológico. No entanto, as pessoas têm a capacidade de se adaptar e ultrapassar esses acontecimentos. O trauma ocorre sempre que as situações são em si mesmas, ameaçadoras, afetando a capacidade do indivíduo para lidar com as mesmas, podendo não ter recursos ou estratégias de *coping* adequadas face à situação (Dudeck et al., 2011) e, no meio da grande variabilidade de reações, a resiliência é a resposta mais comum face a eventos potencialmente traumáticos (Bonanno, 2004). O estudo da resiliência, permite-nos assim, compreender porque certas pessoas são mais capazes de resistir a determinadas experiências adversas, em comparação com outras (Fullerton, Zhang & Kleitman, 2021).

A palavra “resiliência” em latim *resiliens*, que segundo as suas raízes etimológicas, significa “*reintegrar um estado anterior*” – definição de origem física – inicialmente traduzida por Thomas Young em 1807, para descrever a capacidade de um material absorver energia, sem sofrer deformação plástica ou permanente, que tem implícito e inerente a si, o conceito de flexibilidade, uma propriedade que combina resistência e adaptabilidade. No entanto, a resiliência transcende o campo da física e adquiriu relevância em outras áreas do conhecimento, como a psicologia, em que diz respeito aos fenómenos que explicam a capacidade do indivíduo de enfrentar e lidar com adversidades, ultrapassar, superar crises e acontecimentos de vida *stressantes*, de forma construtiva (Yunes, Mendes & Albuquerque, 2005).

Estas situações críticas e bastante desafiantes (e.g., vivência de cancro nas famílias) e potencialmente disruptivos, a que os indivíduos estão expostos, leva-os a experienciar sentimentos de tristeza e perturbações passageiras no seu funcionamento normal e, em simultâneo conseguem responder positivamente e preservar o seu nível normal e estável de funcionamento adaptativo, de saúde física e psicológica, de cumprir responsabilidades pessoais, sociais e enfrentar novas experiências, mesmo quando esses eventos adversos, representam um risco potencial para a sua saúde ou para o seu desenvolvimento (Bonanno, 2004; 2005; Cal et al., 2015; Connor, 2006; Mancini & Bonanno, 2006; Walsh, 2021), possibilitando uma resignificação e/ou a construção de novos caminhos. Em outras palavras, a resiliência pode ser também definida como um processo de *coping*, para com a adversidade e para com a mudança, mas também pode ser vista como uma oportunidade para fortalecer qualidades resilientes, como a capacidade de adaptação e perseverança ou como fatores de proteção (Richardson, 2002), que ajudem a enfrentar desafios com maior equilíbrio emocional e eficácia.

Esta característica pode ser compreendida como um traço individual, tendo a investigação focado no estudo de traços ou características (biológicas, de personalidade e contextuais) que se manifestam em pessoas resilientes. O que é que isto significa? A perspetiva de traço, diz respeito à resiliência, como uma capacidade inata e coloca a responsabilidade sobre a pessoa para superar a adversidade (Fullerton, Zhang & Kleitman, 2021), que coincide com a perspetiva de Lazarus & Folkman (1984), mas que pode limitar a nossa compreensão de como respondem em diferentes situações. Ao passo que, entender a resiliência como um processo, considera-a um progresso interativo e dinâmico, por meio de uma relação recíproca, entre indivíduo e ambiente, a fim de alcançar ou manter estabilidade no contexto em que o *stressor* decorre (Schultze-Lutter et al., 2016), sendo esta a visão eminente (Luthar, Cicchetti & Becker, 2017), mas tendo em atenção fatores que mudam ao longo do tempo (variação temporal) e em diferentes situações ou contextos (variação contextual), assim como os fatores de risco e os fatores protetores e promotores de resiliência, que permitem ao indivíduo uma adaptação positiva face à adversidade que enfrenta (Fletcher & Sarkar, 2013; Infante, 2005). Esta estrutura ou forma de ser de uma pessoa, propaga-se a partir das relações que a pessoa estabelece com o seu contexto, ao longo da vida. Na sua essência, a resiliência deve ser interpretada, segundo uma sinergia entre características do indivíduo, processos e resultados, onde as diferenças individuais influenciam a forma como se avalia e responde diante de um

problema que leva a um determinado resultado (Fullerton, Zhang & Kleitman, 2021). Sabe-se ainda que a resiliência, enquanto característica, não é estática, oscila, em que uma pessoa não tem essa capacidade de forma constante, que lhes permite usá-la como recurso, em todas as circunstâncias da vida. Pode-se, assim, mostrar resiliente perante determinada situação e, posteriormente, não o ser noutra situação ou mesmo face a um evento semelhante, da mesma forma em que, não garante que os indivíduos continuem a ter uma boa adaptação a partir daí e/ou sempre, havendo um equilíbrio entre elementos internos e externos.

O conceito de *coping*, amplamente estudado nas ciências sociais e psicológicas, é crucial para se compreender a capacidade de resiliência do indivíduo, uma vez que, este descreve uma parte da abordagem do processo. O *coping*, é assim, compreendido como estratégias mentais e práticas, ou seja, os esforços cognitivos e comportamentais para enfrentar exigências internas e externas, que têm na sua raiz uma avaliação excessiva, também designada de introspeção para os recursos pessoais, refletindo profundamente se as exigências da situação são maiores do que os recursos que sentimos ter para lidar com elas e, que seja suscetível de conduzir a resultados positivos (Sinclair & Waltson, 2004) e minimizar impactos negativos. Em particular, o *coping* ocorre num determinado momento específico e diz muito sobre como a pessoa responde a determinado acontecimento e desafio, mas a resiliência é algo que se constrói e percorre no tempo (Ribeiro & Morais, 2010), é ampla e contínua.

Segundo os autores, estes dois conceitos não podem ser considerados sinónimos, pelas suas diferenças em si, mas são conceitos que estão interligados, uma vez que, a resiliência vai muito além de simplesmente “superar dificuldades”, implica configurações de resistência ao *stress* e a capacidade de enfrentar, mas também se refere à capacidade de prosseguir e possibilitar o desenvolvimento pessoal e conseqüentemente, aumentar e fortalecer as suas capacidades face a situações adversas, promovendo assim, ampliar as suas habilidades para uma adaptação positiva às situações (Sinclair & Wallston, 2004), apesar dos elevados níveis de *stress* que emergem. Nesta sequência, surge ainda o conceito de *coping* resiliente (Lazarus & Folkman, 1984), que promove uma adaptação positiva perante a existência de *stress* elevado.

Sempre que se fala em resiliência é intrínseco falar também em resiliência familiar, uma construção, que se configura na capacidade de a família resistir e recuperar-se das dificuldades, mantendo-se unida, funcional, fortalecida e mais competente (Walsh,

2003b). Para além de lidar ou sobreviver a um evento adverso, este não é apenas visto como algo negativo, mas a resiliência envolve uma adaptação funcional, a capacidade de prosperar e crescer, o que incorpora adicionalmente, ser catalisadora de uma transformação pessoal e relacional e de um crescimento positivo por meio da experiência de crise.

Rolland (2005) refere que o impacto de um diagnóstico de cancro, carregado de intensidade emocional e que envolve fragilidade, repercute em todo o sistema familiar e não apenas o paciente, não deixando ninguém indiferente, com frequentes mudanças significativas nas suas vidas pessoais e familiares, além de um ajuste superficial, com o objetivo de “lutar” contra uma doença extremamente limitante e incapacitante, a nível físico, social e psicológico, que os leva a adaptar-se a esta realidade cheia de barreiras, redirecionadas para um único propósito. Em particular, a qualidade de vida deteriora-se para algumas das famílias e para os elementos que as integram e, no mesmo instante, também há um lado que, enquanto indivíduos singulares ou enquanto família se tornam resilientes e conseguem lidar com as situações difíceis, que lhes são impostas, desenvolvendo estratégias e mostrando força e união. O cancro é um acontecimento transformador que pode desestruturar, mas também fortalecer relações familiares.

Segundo Coyne et al. (2017), é premissa que todas as famílias têm problemas, mas a capacidade e a vontade de reconhecer e lidar com esses problemas, é crucial para diferenciar famílias funcionais de famílias não funcionais e, no contexto de doença é importante o conceito de adaptação para a capacidade do indivíduo aceitar as mudanças internas e externas provocadas pela doença, que leva a atitudes e comportamentos adequados à situação atual (Kütmeç, Yılmaz & Kara, 2021), conduzindo-os ao encontro e à procura de um novo equilíbrio perante estas circunstâncias (Giovannetti et al., 2017).

Enquadrando numa perspetiva sistémica, as crises graves e os desafios persistentes afetam a família como um todo, assim como, a vida e o bem-estar de todos os seus elementos individualmente (Walsh, 2003a), a abordagem e a resposta da família são cruciais no desenvolvimento de processos de resiliência, possibilitando um processo de adaptação. Segundo Walsh (2016), as famílias, perante grandes adversidades e crises, vivenciam sofrimento e mudança, possibilitando emergir dessas experiências mais fortes, unidas, mais afetuosas, fortalecendo as suas capacidades internas e serem mais determinadas nas suas vidas e mais capazes de enfrentar desafios futuros, ou seja, é uma oportunidade para a construção de uma base mais sólida. Nem todas as famílias enfrentam

as crises de forma igual, mas ainda assim, nenhuma está destituída de desenvolver uma narrativa com possibilidade de reconstrução. Se bem que, embora algumas famílias sejam mais vulneráveis ou tenham sofrido traumas graves ou dificuldades prolongadas no tempo, a perspectiva resiliente reflete-se em abrir espaço, em encontrar novos caminhos e na postura do potencial de reparação e crescimento, propondo um olhar mais positivo e esperançoso na capacidade humana para se reerguer.

A literatura existente sobre resiliência evidencia que, esta competência psicológica é influenciada por características pessoais, como maior prevalência da resiliência no sexo masculino (Bonanno et al., 2007), ser adulto, no sentido em que a idade pode ser sinónimo de mais experiência de vida e de conhecimento obtido, por meio de situações adversas anteriores (Bonanno & Diminich, 2013), mas também associado a um (a) nível educacional elevado, (b) maior rede de suporte social, (c) elevada autoestima, autoeficácia e autocontrolo e (d) gratidão, capacidade de perdoar, fé, autodeterminação, otimismo, esperança e humildade (Richardson, 2002).

Estudos de Song, et al. (2021), sugerem que a resiliência, com recurso a uso de estratégias de  *coping*  adaptativas, reduziram ainda mais o sofrimento psicológico durante eventos  *stressantes* . Nesta linha de ideias, Qiu et al. (2019) e Sehgal et al. (2021), destacam a importância da resiliência, como um “amortecedor” dos efeitos negativos da depressão, mantendo a saúde física e/ou emocional e níveis mais elevados desta característica podem aliviar em grande medida, as consequências e ser protetora contra resultados negativos relacionadas com o aparecimento de doenças crónicas.

Sabe-se, assim, que indivíduos mais resilientes podem ter melhores mecanismos para lidar com a doença e, revelando assim, maiores níveis de qualidade de vida e saúde (Sehgal et al., 2021). Paralelamente, a investigação de Cui et al. (2023), amplia a compreensão sobre a resiliência explorando o seu impacto no contexto familiar e em como são bem mais capazes e preparados para se adaptar aos desafios  *stressantes*  e mudanças impostas pela doença. Partindo deste pressuposto, Simpson et al. (2015) e Cal et al. (2015), descobriram que em indivíduos portadores de doença oncológica, aqueles que possuem maior resiliência, experimentaram níveis mais baixos de ansiedade e depressão, destacando o papel protetor da resiliência em contextos de saúde e cuidados.

## *Crescimento Pós-Traumático*

O pressuposto de que o sofrimento pode tornar os indivíduos mais fortes (Tedeschi & Calhoun, 1995) não é novo na literatura religiosa e filosófica, em que há a ideia de que as mudanças positivas podem resultar da adversidade e do trauma. Está presente em todas as culturas há séculos: desde a mitologia sobre o renascimento da *fénix* e a sua metáfora de “*renascer das cinzas*”, associada às oportunidades de crescimento, que advêm das dificuldades. Sabe-se que alguns filósofos (Séc. XX) também introduziram esta ideia, exemplo disso é, Friedrich Nietzsche, com a sua ilustre frase “*aquilo que não me mata torna-me mais forte*”, ou “*os espíritos crescem e a coragem aumenta com as feridas*” frase de Marco Ânneo Lucano. Se bem que, só recentemente é que esta noção foi aplicada no domínio da psicologia (Henson, Truchot & Canavello, 2021).

Em complementaridade, Frankl (1966) diz-nos que “*os aspetos negativos da existência humana, como o sofrimento, a culpa e a morte, podem ser transformados em algo positivo, desde que sejam encarados com a atitude correta*” (p.152) e isto traz a ideia de que as pessoas podem passar por experiências altamente negativas e, ainda assim conseguir encontrar um resultado positivo e crescer, a partir destas. Embora as respostas comuns e universais a um evento traumático sejam de dor e sentimentos negativos, tornando-se quase que uma “regra”, as pessoas ainda são capazes de ver aspetos positivos no processo de luta (Vázquez et al., 2008).

O crescimento pós-traumático (CPT; *posttraumatic growth* [PTG]) é um conceito que foi desenvolvido por Richard Tedeschi e Lawrence Calhoun (1996). O suporte empírico para a perspetiva de que os “grandes confrontos individuais” podem conduzir à experiências de mudanças positivas e desenvolvimento pessoal, é robusto e antigo, particularmente estudada na teoria existencial (Frankl, 1963; Maslow, 1954; Spiegel, 1993; Yalom, 1980). Não obstante, apenas aproximadamente nos últimos trinta anos tem sido estudado de forma mais aprofundada (Calhoun et al., 2000). Simplificando, o crescimento pós-traumático define-se pela luta com eventos *stressantes* da vida (Tedeschi e Calhoun, 1995) e que deriva de uma mudança de perspetiva, que resulta “*numa compreensão mais profunda do eu e do mundo*” (p. 87). Esse conjunto de mudanças positivas que são percecionadas pelo indivíduo, desenvolvem-se, em resultado dos esforços direcionados no seu *eu* individual, face a determinado acontecimento traumático (Tedeschi & Calhoun, 1996; 2004), e são consideradas transformadoras, ocorrendo num

nível cognitivo e emocional e, que por sua vez, desencadeia mudanças no comportamento (Tedeschi et al., 2018).

É um construto que abrange múltiplas dimensões, nomeadamente a alteração de crenças, objetivos e comportamentos, que acabam por modificar a própria identidade de cada indivíduo (Calhoun & Tedeschi, 2004) e abrange os processos cognitivos de reconstrução de esquemas cognitivos, reestruturação e a procura de significado (Tedeschi & Calhoun, 1996; 2004).

No entanto, é de salientar que isto não significa uma ausência ou diminuição de sintomas negativos relacionados com o acontecimento, ou seja, estes ainda podem estar presentes e o Crescimento Pós-Traumático, pode ocorrer em simultâneo com o reconhecimento das consequências negativas intrínsecas e adversas ao trauma (e.g., aumento da auto-consciência das limitações e fragilidades físicas, a perceção da incerteza e da vulnerabilidade em relação à estabilidade da vida e ao futuro e, o aumento de sintomas intensos de perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT; Cordova et al., 2007; Silva, Crespo & Canavarro, 2011), o que ilustra que para que o crescimento ocorra, o trauma deve ocupar um “lugar” central na narrativa da vida de uma pessoa, o que traduz que a superação não é linear, envolvendo uma interação dinâmica entre as diferentes perspetivas de dor, permeabilidade e crescimento. À luz disso, é importante notar que a literatura tem confirmado sobre a experiência humana que o Crescimento Pós-Traumático e o sofrimento coexistem e, isso significa que um não nega o outro e, portanto, este crescimento que acontece dentro de nós, não diminui necessariamente a dor, nem aumenta, nem possibilita alcançar maior felicidade, porque existe uma interação complexa e multifacetada e, esta transformação apenas pode desenvolver-se sempre que é guiado, por meio de um sofrimento significativo (Tedeschi, Park & Calhoun, 1998), como uma resposta a esta experiência.

Simultaneamente, em contextos de adversidade, manter o crescimento experienciado poderá contar com recordações cognitivas – por vezes desagradáveis - de carácter constante do que foi perdido (pessoa pré-trauma), do que foi doloroso, mas não desconectados da realidade para que, singularmente, mantenham o foco, desempenhando um papel ativo na consolidação no que foi ganho após o evento (Calhoun & Tedeschi, 2014), nas conquistas e aprendizagens – é sobre ver possibilidades onde antes havia dor. As memórias atuam como marcadores da dor vivida e da transformação que ela provocou, cada um contribuindo para uma compreensão mais ampla do *eu*, ancorando o indivíduo.

É construída uma linha entre recordar e avançar, entre dor e progresso. Essa oscilação – um processo psicológico, dinâmico e adaptativo – ocorre de forma natural, como parte do esforço da mente para dar sentido ao evento e integrar as suas implicações, mas, não segue uma linha reta, onde pode haver avanços, retrocessos e períodos de equilíbrio temporários entre o sofrimento e o crescimento. Este “movimento” permite ao indivíduo confrontar a dor, sem ficar estagnado nela, promovendo uma integração emocional e cognitiva que favorece o crescimento. Sob essa abordagem, embora o *post traumatic growth*, ajude a viver uma vida mais plena e significativa, não possibilita um “regresso à normalidade” (Henson, Truchot & Canevello, 2021), levando à ressignificação das experiências traumáticas, promovendo uma percepção de ganho na adversidade, o que reflete uma dimensão profundamente humana da experiência de superação e integração, ao mesmo tempo complexa, que define o verdadeiro crescimento.

Sempre que uma pessoa passa por um evento, é feita uma avaliação primária e secundária do mesmo, conforme a Teoria de Avaliação do *Stress* (Lazarus & Folkman, 1987), que espelha a subjetividade do *stress*. A avaliação primária corresponde à percepção inicial do impacto e da importância, a nível cognitivo e emocional, que este acontecimento tem no seu bem-estar físico e psicológico, no curso do tempo (a curto, médio ou longo-prazo). Esta pode ser assim, classificada em *dano já experimentado, ameaça ou dano antecipado, desafio ou potencial de conquista ou ganho*, capaz de produzir uma reorganização na pessoa afetada e, para esse efeito, tem de existir um impacto importante no acontecimento. Em outras palavras, o *stress* não é apenas uma resposta a um evento, mas um processo dinâmico que envolve a avaliação cognitiva do elemento *stressor*, que molda uma reação emocional e a capacidade do indivíduo se adaptar em diferentes contextos.

Em contraste, a avaliação secundária envolve uma reflexão das suas capacidades físicas e mentais para enfrentar e lidar com a circunstância em questão, tendo em consideração a gravidade atribuída na primeira avaliação, consoante a percepção da pessoa, porque não é apenas o evento em si que gera impacto, mas a interpretação e o significado atribuído a este, partindo da questão “*o que é que isto significa para mim?*”, porque não é a magnitude do trauma que é o mais importante, mas os danos percebidos. Estas apreciações são mais ou menos conscientes, em que se classifica o acontecimento como *stressante*, traumático e/ou potencialmente desafiante, mas são essenciais, pois é a partir delas que se define o impacto emocional de cada experiência e que permite determinar a

quantidade de esforços e recursos que serão despendidos para a gestão de *stress* e para as estratégias de *coping* – focadas nas emoções ou no problema (Lazarus & Folkman, 1987), - sendo a forma como o indivíduo interpreta o acontecimento, determinante para o desenvolvimento de possíveis mudanças positivas e de crescimento pessoal subsequente, ativando mecanismos internos de adaptação e mecanismos psicológicos de autorregulação do *self*. Neste contexto, para que ocorra o Crescimento Pós-Traumático, a forma como a pessoa percebe o evento (em suficientemente *stressante* ou traumático), desempenha um papel importante, porque se supõe a mudança de esquemas cognitivos e do modo como vê a realidade.

O *stress* impulsiona este progresso e assim, existe a possibilidade de crescer e aprender a partir de experiências adversas, é esta a raiz para o percurso de transformação individual após o trauma. Uma aceitação do mundo alterado será possível, pois o significado atribuído ao evento facilitará a sua integração na narrativa de vida de uma pessoa, mas nem todas as pessoas são capazes de encontrar benefícios e consequências positivas em eventos negativos – é sobre dotar a experiência de sentido e significado (Vázquez et al., 2008). Sabe-se que para que se produza uma reorganização na pessoa afetada, tem de existir um impacto importante no acontecimento e, portanto, as pessoas que viveram situações mais graves ou que as afetaram de forma muito significativa, têm mais possibilidade de terem mais sintomas, mas também de crescer mais no processo de reparação e, portanto, de encontrar maiores benefícios na sua experiência (Tedeschi & Calhoun, 2004), porque sem a presença dessas emoções negativas, o Crescimento Pós-Traumático não vai acontecer.

Em consonância, Tedeschi e Calhoun (2004; 2006) propuseram um modelo teórico do Crescimento Pós-Traumático, que apresenta uma abordagem importante, assente nos fatores que determinam a génese, a partir do qual se estabelece o processo de crescimento individual psicológico e desenvolvimento pessoal posteriores ao trauma, desencadeado de algumas experiências: o ponto de partida do processo inicia-se com um acontecimento disruptor, suficientemente traumático e *stressante* para levar a reações intensas cognitivas e emocionais. Os autores teorizam assim, a natureza desafiante do acontecimento traumático, que vai ameaçar e questionar a estrutura cognitiva previamente construída, os esquemas básicos e desafiar o “mundo assumptivo”, também conhecido como um “mapa mental interno”, constituído por crenças centrais formadas e projetadas ao longo da vida. Essas crenças têm por base, as experiências e aprendizagens individuais,

que residem num conjunto de pressupostos básicos sobre si mesmo, os outros e o mundo, e têm a função de guiar os comportamentos e orientar, face aos comportamentos dos outros e às expectativas dos mesmos, levando a uma crise de significado (Janoff-Bulman, 2004; 2006), semelhante a um processo de desconstrução. Esta situação causa sofrimento emocional e faz com que os indivíduos canalizem esforços emocionais e cognitivos, para a reconstrução das crenças centrais destruídas, em consequência do acontecimento traumático (Janoff-Bulman, 2006; Cann et al., 2010). É neste último processo – redefinição cognitiva – que faz com que se percecionem mudanças positivas acerca da sua visão do mundo e das suas interações com os outros e, é neste momento que o potencial para o crescimento emerge, em particular para o Crescimento Pós-Traumático (Tedeschi e Calhoun, 2004).

Em conformidade com tal precisão teórica, as mudanças positivas percebidas podem definir-se em cinco dimensões (Tedeschi & Calhoun, 1996), a partir do qual se operacionalizou o crescimento pós-traumático, desenvolvendo o *Posttraumatic Growth Inventory*: (a) *relating to others* (para lidar com a percepção de *stress*, perda ou morte, o indivíduo aumenta a procura de suporte na rede de contactos familiares e sociais, o que pode conduzir a um fortalecimento das suas relações interpessoais, tornando-as mais próximas e íntimas, enquanto outras relações enfraquecem e/ou terminam); (b) *new possibilities* (percepção de novas possibilidades e oportunidades nos diversos domínios da vida pessoal, mas também o desenvolvimento de novas perspetivas de realização pessoal, que não existiam antes do trauma); (c) *personal strenght* (reconhece o indivíduo em si próprio, com capacidades pessoais para lidar com o acontecimento *stressante*, em que este perceciona em si uma maior força individual para resolver desafios futuros e adversidades); (d) *spiritual change* (existe a percepção de maior abertura a questões religiosas e uma maior compreensão de assuntos espirituais – fé em Deus ou numa entidade superior – que se fortalece face ao trauma, sendo utilizada como estratégia de *coping*); (e) *appreciation of life* (o indivíduo muda a sua visão de mundo, após passar por um evento traumático, que provoca uma percepção de imprevisibilidade e vulnerabilidade em relação à vida, ou seja, a pessoa percebe que não pode prever ou controlar todos os eventos que acontecem ao seu redor e, como consequência, essa compreensão leva a uma mudança nas prioridades de vida e a um aumento da apreciação e da valorização da mesma em diferentes momentos).

O Crescimento Pós-Traumático, pode ser considerado como um resultado e um processo, no qual o indivíduo aplica diversas estratégias para encontrar benefícios na experiência vivida e enfrentá-la (Park, 1998). Não significa que estas pessoas não sofram mesmo, inclusive também podem experimentar emoções negativas e *stress*. Não existe um objetivo auto-imposto consciente (Vázquez et al., 2008), uma vez que, as pessoas fazem esforços para avançar e viver com sua nova situação.

Estudos de Zhang et al. (2019) e Wu et al. (2024), são consistentes e proporcionalmente demonstram que situações desafiantes como oportunidades de crescimento, levando a mudanças positivas nas suas vidas. São diversos os dados em empíricos que permitem caracterizar a natureza traumática das doenças oncológicas (Cordova et al., 2007; American Psychiatric Association [APA], 2004), sobretudo na última década e, em particular para as famílias (Nouzari, Najafi & Momennasab, 2019). Seguindo este encadeamento, o crescimento pós-traumático é uma mudança a longo prazo, desencadeada por um evento traumático, considerado uma experiência de mudança de vida altamente *stressante* (Tedeschi et al., 2018), como uma doença, como o cancro (Tedeschi e Calhoun, 2004). A luta que vem da tentativa de lidar e superar esse tipo de experiência é o que inicia o processo de *Post Traumatic Growth* (Tedeschi e Calhoun, 1995).

### **Importância das Variáveis Psicológicas no Estudo do Cancro**

Numerosos estudos têm-se focado na compreensão psicológica do cancro, como uma experiência traumática (Cordova, Riba & Spiegel, 2017). A resiliência é, também, uma característica importante no processo dinâmico de adaptação (Schellekens, Zwanenburg & Van Der Lee, 2024). Embora a relação entre resiliência e crescimento pós-traumático esteja bem documentado (Wu et al., 2024), importa aprofundar o conhecimento das variáveis que podem impactar estas características nos familiares de doentes oncológicos. Recentemente, a investigação tem sublinhado o papel de variáveis psicológicas como o *distress*, ansiedade e depressão em contextos de doença, como o cancro (Cooper et al., 2023) e que as famílias também podem experienciar (Kapu et al., 2023).

Por outro ângulo, revelando nos doentes maior resiliência e um maior potencial de crescimento pós-traumático (Üzar-Özçetin & Hiçdurmaz, 2017), mas será que o

mesmo acontece nas famílias dos doentes? São poucos os dados empíricos que permitem caracterizar as experiências de crescimento pós-traumático e resiliência em familiares de doentes oncológicos, integrando em simultâneo a relação entre estes conceitos. Em grande medida, estas variáveis são exploradas de forma isolada, focando-se ou na resiliência dos familiares (Tozer, Stedmon & Dallos, 2019) ou no seu crescimento pós-traumático (Mosher, Danoff-Burg & Bruncker, 2006), mas não de forma inter-relacionada, sendo a perspetiva dos familiares mais invisível, em comparação a predominância de estudos em que o foco é os doentes e sobreviventes. No entanto, essas experiências são reconhecidas como fenómenos complexos e interligados, que podem ser vivenciados de forma singular por cada indivíduo.

Diversos estudos semelhantes têm explorado a interação entre variáveis clínicas e/ou sociodemográficas que se conectam com a resiliência e o crescimento pós-traumático. Entre essas variáveis, destacam-se indicadores de ansiedade e depressão (Camargo et al., 2020), *stress* (Morris et al., 2020), e a procura de sentido na vida (*meaning in life*) e na construção de significado (*meaning-making*) (Almeida et al., 2022). Sabe-se que outros fatores que incluem níveis elevados de esperança (Nouzari, Najafi & Momennasab, 2019) e estratégias de *coping*, se mostram cruciais para canalizar a dor traumática (Nouzari, Najafi & Momennasab, 2019; Morris, et al., 2020). Adicionalmente, o estilo de vinculação (Özpolat et al., 2014), o grau de parentesco em relação ao paciente (familiares de primeiro grau, como cônjuges, pais, filhos e irmãos vs. familiares de segundo grau, como avós, primos e netos; Takedomi et al., 2021), em particular a perspetiva dos filhos face ao cancro dos pais (Morris, Turnbull, Martini, Preen & Zajac, 2020). O foco recai também sobre o estado de saúde dos familiares (falecimento ou não falecimento) e o tempo desde o diagnóstico também têm sido identificados como variáveis importantes (Morris et al., 2020). Em muitos destes estudos, foram igualmente encontradas diferenças significativas ao nível do sexo dos participantes.

## **Objetivos do Estudo**

O objetivo da presente investigação consiste em estudar, numa amostra de jovens adultos, a perspetiva dos familiares, em indivíduos jovens adultos portugueses, quando confrontados com doença oncológica na família, sobretudo ao nível das respostas emocionais (*distress* psicológico e níveis de saúde mental), as estratégias de *coping* e no

desenvolvimento da resiliência e do crescimento pós-traumático, enquanto características psicológicas incontornáveis no processo de adaptação à doença. Em suma, este estudo estabelece-se como uma tentativa de aprofundar teórica e empiricamente o tema, mas também de fornecer evidências mais robustas e uma compreensão mais completa, por meio da questão de investigação “Os familiares de doentes oncológicos podem desenvolver resiliência e alcançar o crescimento pós-traumático, face à adversidade da doença, como respostas ao trauma experienciado em situações de cancro?”

No entanto, para uma compreensão mais ampla e aprofundada desses fenómenos, partindo de uma sustentação teórica, foram delimitados os seguintes objetivos específicos, de forma a dar resposta à questão de investigação: (a) objetiva-se descrever e caracterizar as famílias de doentes oncológicos, em dimensões clínicas, mas também ao nível de características psicológicas, como o *distress*, sintomatologia depressiva, resiliência e crescimento pós-traumático; (b) uma questão focal prende-se com uma comparação entre o crescimento pós-traumático e a resiliência desses familiares e de indivíduos que não passaram por essa experiência. Esse ponto de partida permite observar possíveis diferenças e similaridades, oferecendo uma perspetiva mais abrangente sobre como eventos traumáticos impactam diferentes grupos, sempre que há uma ou mais adversidades; (c) compreender uma eventual relação entre as variáveis de *distress* e sintomatologia depressiva com as restantes, já que estas se encontram relacionadas à compreensão do cancro como uma experiência traumática e, (d) para além disso, pretende-se explorar e estudar a existência de diferenças face a características sociodemográficas e clínicas relevantes e empiricamente associadas.

## **Método**

### **Participantes**

No presente estudo, participou uma amostra constituída por 417 indivíduos jovens adultos, familiares e não familiares de doentes oncológicos (65 homens, 352 mulheres). As idades dos respondentes estavam compreendidas entre os 18 e os 25 anos ( $M = 21.24$ ,  $DP = 2.09$ ,  $Mdn = 22$ ). As características sociodemográficas e clínicas da amostra são descritas na Tabela 1 e Tabela 2, respetivamente.

**Tabela 1.***Características Sociodemográficas dos Participantes*

Característica	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sexo				
Feminino	352	84.4		
Masculino	65	15.6		
Idade			21.94	2.09
Estado Civil				
Solteiro (a)	405	97.1		
União de Facto	7	1.7		
Casado (a)	5	1.2		
Divorciado (a)	0	0.0		
Viúvo (a)	0	0.0		
Escolaridade em Anos			12.16	7.03
Profissão				
Estudantes	313	75.1		
Outras	104	24.9		

**Tabela 2.***Características Clínicas dos Participantes*

Característica	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Experiência Pessoal de Doença				
Oncológica				
Não	415	99.5		
Sim	2	0.5		
Experiência de Doença				
Oncológica Familiar				
Não	155	37.2		
Sim	262	62.8		

## **Instrumentos**

*Ficha de Dados Sóciodemográficos e Clínicos.* É constituída por questões que visam obter informação acerca de um conjunto de variáveis de natureza sociodemográfica (e.g. sexo, idade, estado civil, escolaridade [em anos], profissão, com quem vive atualmente etc.). É também composta por questões de natureza clínica, questionando se existe (ou existiu) alguma doença oncológica no próprio e/ou na família e, em caso afirmativo indicar (a) a relação com o/a familiar portador(a) de doença; (b) a localização, o tipo e estadio da doença; (c) a idade do diagnóstico; (d) o estado de saúde atual do/a familiar doente e os respetivos tratamentos; (e) impacto que a doença no seio familiar teve em si (i.e. confronto inicial com a doença, vivência da doença, mudanças sentidas e adaptação à doença).

*Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (IDPT; Silva, Moreira, Pinto & Canavarro, 2009).* O IDPT é um questionário composto por 21 itens, que se configura na adaptação portuguesa do *Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)*, originalmente desenvolvido por Tedeschi & Calhoun (1996) numa versão de cinco subescalas. Este instrumento permite avaliar a perceção subjetiva de mudanças psicológicas positivas, desencadeadas dos esforços cognitivo e emocional do indivíduo empreendidos para lidar com os acontecimentos de vida adversos, por meio de quatro subsescalas: perceção de recursos e competências pessoais, novas possibilidades e valorização da vida, fortalecimentos das relações interpessoais e desenvolvimento espiritual. No que concerne à subescala de perceção de recursos e competências pessoais (itens 4, 10, 11, 12, 13 e 19), pode referir-se como exemplo o item “Descobri que sou mais forte do que pensava ser”. Por seu turno, um exemplo de item da subescala de novas possibilidades e valorização da vida (itens 1, 2, 3, 7, 14 e 17) é: “Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida”. Exemplificativo da subescala de fortalecimento das relações interpessoais (itens 6, 8, 9, 16, 20 e 21) é: “Estou mais disponível para demonstrar as minhas emoções”. No que diz respeito à subescala de desenvolvimento espiritual (itens 5, 15 e 18), um exemplo de item é: “Tenho mais compaixão para com os outros”. Os itens são respondidos usando uma escala tipo Likert de seis níveis que varia entre 0 (“*Não experimentei esta mudança como resultado do acontecimento negativo*”) e 5 (“*Experimentei esta mudança como resultado do acontecimento negativo*”). As pontuações totais, que variam entre 0 e 105,

são obtidas através da soma dos valores dos itens, indicando que pontuações mais elevadas se traduzem em níveis superiores de desenvolvimento pós-traumático. Os estudos iniciais do instrumento, efetuados por Tedeschi & Calhoun (1996), assinalaram uma fiabilidade aceitável a bons, de acordo com o critério de consistência interna  $\alpha$  de Cronbach (Hair et al., 2019; cf. George & Mallery, 2020), obtendo-se valores para uma boa consistência interna e confiança de teste-reteste aceitável: consistência interna total ( $\alpha=.90$ ). No que se refere à fiabilidade do instrumento para a população portuguesa (Silva, Moreira, Pinto & Canavarro, 2009), obtiveram-se os seguintes coeficientes  $\alpha$  para o resultado total numa amostra de mulheres diagnosticadas com cancro da mama (.937) e para a população geral (.963), o que são indicadores de um grau muito bom de consistência interna e no que se refere a cada uma das subescalas obteve-se um coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para cada subescala, em que os índices de fidelidade obtidos situam-se entre .8 e .9, o que revela a boa consistência. No presente estudo, o  $\alpha$  para a escala total foi de .96.

*Escala Breve de Coping Resiliente (EBCR; Ribeiro & Morais, 2010).* A EBCR é uma escala de auto-resposta constituída por 4 itens, que avalia tendências para lidar com o *stress* de maneira adaptativa, ou seja, permite medir o *coping* resiliente e a utilização eficaz do apoio social. A análise fatorial da EBCR, realizada pelos autores, denotou a existência de quatro fatores subjacentes: otimismo (item 2; e.g., “Independentemente do que me possa acontecer, acredito que posso controlar as minhas reações”); perseverança (item 4; e.g., “Procuro ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida”); criatividade (item 1; e.g., “Procuro formas criativas de superar situações difíceis”); e crescimento positivo (item 3; e.g., “Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis.”). Os itens, formulados de forma positiva, são respondidos numa escala de Likert de cinco pontos, que varia entre 1 (*Quase nunca*) e 5 (*Quase sempre*). Não existem itens com a cotação invertida. O resultado total de EBCR, obtido mediante a soma dos valores de todos os seus itens, varia entre 4 a 20 pontos, indicando que as pontuações mais altas indicam níveis mais elevados de *coping* adaptativo e resiliente, ou seja, em outras palavras pessoas com uma pontuação inferior a 13 consideram-se com uma baixa resiliência e com uma pontuação superior a 17, com uma resiliência mais forte. Os estudos iniciais do instrumento na sua versão original - *Brief Resilient Coping Scale (BRCS)*, levados a cabo por Sinclair & Wallston (2004), apontaram para que este

apresentasse uma baixa fiabilidade avaliada com base no critério de consistência interna  $\alpha$  de Cronbach (George & Mallery, 2020), obtendo-se um valor de coeficiente  $\alpha$  de .68. numa amostra de população idosa com doença crónica. No que diz respeito à fiabilidade do instrumento adaptado e traduzido para a população portuguesa, os estudos de Ribeiro & Morais (2010) obtiveram-se os seguintes valores de  $\alpha$ : .53 numa amostra de população jovem e sem doença. Note-se que ainda assim, este valor de *alfa* foi mais elevado na versão original do instrumento e questiona-se o ato de valorizar estes dados psicométricos clássicos, dado que o coping é uma variável dependente do momento e da situação, mas também pelo número reduzido de somente quatro itens. No presente estudo, o  $\alpha$  para a escala total foi de .69.

*Escala de Distress Psicológico De Kessler (K-10;* Pereira, Oliveira, Bártolo, Monteiro, Vagos & Jardim, 2019). O K-10 é uma escala composta por 10 itens que configura a versão portuguesa e a versão original desenvolvida por Kessler, Andrews, Colpe, Hiripi, Mroczek, Normand, Walters & Zaslavsky (2002). Este instrumento permite avaliar a saúde mental e, em particular detetar doenças mentais, sobretudo ao nível do sofrimento/*distress* psicológico, questionando sobre a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva no último mês. Os itens são todos respondidos usando uma escala de Likert de cinco níveis entre 1 (*Nunca*) e 5 (*Sempre*). A pontuação total varia entre 10 e 50, e são obtidas através da soma dos valores das suas respostas aos respetivos itens, correspondendo pontuações mais elevadas a níveis mais elevados de *distress*/angústia, estimando-se, assim, o nível de *distress* psicológico: 10 a 15 pontos ("*Distress* baixo"), 16 a 21 pontos ("*Distress* moderado"), 22 a 29 pontos ("*Distress* elevado") e 30 a 50 pontos ("*Distress* muito elevado"). É preciso indicar que os inquiridos com uma pontuação total superior a 22 pontos correm o risco de serem identificados com uma perturbação mental. Os estudos iniciais do instrumento, levados a cabo por Kessler, Andrews, Colpe, Hiripi, Mroczek, Normand, Walters & Zaslavsky (2002), revelaram uma excelente fiabilidade de acordo com o critério de consistência interna *alfa* de Cronbach (George & Mallery, 2020), obtendo-se um valor de  $\alpha = .93$ , para uma amostra obtida em Questionários Nacionais sobre saúde e bem-estar na Austrália, portanto dados normativos da população australiana. A versão portuguesa do K-10 original, desenvolvida por Pereira, Oliveira, Bártolo, Monteiro, Vagos & Jardim (2019), apresentou nas propriedades psicométricas um  $\alpha = .91$  para a escala total numa amostra obtida por

inquéritos populacionais em indivíduos portugueses. Deve notar-se que, os dados obtidos indicaram que a versão Portuguesa do K-10 é uma ferramenta confiável com uma estrutura fatorial para avaliar sintomas não específicos de *distress*. No presente estudo, foram obtidos coeficientes de  $\alpha$  para a escala total de .93

*Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9;* Monteiro, Bártolo, Torres, Pereira & Albuquerque, 2019) é um instrumento composto por 9 itens, que avaliam e classificam a gravidade dos sintomas depressivos e estabelecem diagnósticos de perturbação depressiva. Os itens 1 a 9 (e.g. “Sentir-se mal consigo próprio – sentir que é um fracasso ou que se deixou ir abaixo ou à sua família.”; “Pensamentos acerca de que estaria melhor morto ou de se ferir a si mesmo de alguma forma.”) estão sustentados diretamente nos critérios reais de perturbações depressivas e outras perturbações mentais do DSM-IV, que ocorrem habitualmente nos cuidados primários, sendo respondidos usando uma escala tipo Likert de quatro pontos, variando entre 0 (*Nunca*) e 3 (*Quase todos os dias*). Há ainda um item final que acresce onde é pedido aos pacientes, que se sentiram incomodados por algum dos problemas referidos nos itens anteriores, que respondam à questão sobre o nível de dificuldade: “Qual é a dificuldade sentida que estes problemas têm causado no seu trabalho, no cuidar das suas coisas em casa ou em conviver com outras pessoas?” e para este efeito, é respondido utilizando uma escala que varia entre “*nenhuma dificuldade*” e “*extrema dificuldade*”. O resultado total, obtido através da soma dos valores dos itens, varia entre 0 e 27, sendo que pontuações mais altas são indicativas de uma depressão mais grave, em que se atribui especificamente como categorias de gravidade: mínima 0-4, ligeira 5-9, 10-14 moderada, moderadamente grave 15-19 e grave 20-27. Os estudos iniciais do questionário - *The Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*, efetuados por Kroenke, Spitzer, & Williams (2001), revelaram uma excelente fiabilidade avaliada com base no critério de consistência interna  $\alpha$  de Cronbach (George & Mallery, 2020), obtendo-se valores de  $\alpha$  de .89 no *PHQ Primary Care Study* e .86 no *PHQ Obstetric-Gynaecological Study*, em amostras clínicas. Na versão portuguesa o  $\alpha$  de Cronbach da escala global foi de .88 numa amostra de estudantes universitários. No presente estudo, obtiveram-se os coeficientes  $\alpha$  .88 para a escala total.

## Procedimentos

No presente estudo, recorreu-se a um método de amostragem não probabilística, de tipo intencional e subtipo amostragem de conveniência, por meio da técnica da “bola de neve” (*Snowball Sampling*), no qual se recruta inicialmente uma pessoa que faz parte do público-alvo do estudo e, em seguida, pede-se a essa pessoa que indique ou identifique outras pessoas que também atendam aos critérios para participar (Dusek, Yurova & Ruppel, 2015; Fortin, 2009).

Para a recolha da amostra, seguiu-se enquanto critério de inclusão: (a) faixa etária de jovens adultos com idades entre os 18 e os 25 anos, de forma a obter uma amostra o mais homogénea possível (Fortin, 2009). Os dados foram recolhidos em plataformas *online*, com recurso ao *Limesurvey* e divulgados em universidades, nas relações pessoais (junto de amigos e conhecidos) e redes sociais, em organizações/associações e/ou grupos relacionados e/ou que apoiem causas do cancro, garantindo uma diversidade mais ampla de participantes. Para este efeito, num momento posterior, o contato com os participantes foi efetuado a partir das mesmas plataformas ou por via *e-mail*, mediante a disponibilidade, acessibilidade e colaboração dos interessados. Considerando as respostas dos participantes, contabilizou-se uma média total de tempo de resposta de 11 minutos e 07 segundos.

O projeto de investigação, coordenado pela orientadora e co-orientadora desta dissertação, no qual se inseriu o presente estudo, foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora (GD/49571/2023). Os protocolos de investigação utilizados foram compostos por uma Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos, seguida de um conjunto de quatro questionários. O questionário foi aprovado pela equipa de Regulamento Geral De Proteção De Dados [RGPD] da Universidade de Évora e cumpre todos os requisitos do Regulamento europeu de proteção de dados Regulamento (EU) 2016/679, de 27 de abril de 2016 e a Lei 58/2019, de 8 de agosto (LPDP), garantindo a segurança, anonimato e confidencialidade de todos os dados facultados pelos participantes, em todas as fases do processo.

A recolha ocorreu entre 13 de março e 15 de maio de 2024, considerando os procedimentos éticos e deontológicos, sendo em observância das normas previstas no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2016; veja-se em particular, Princípio Específico 7).

As pessoas que aceitaram participar assinaram, desde logo, um termo de consentimento informado, no qual se encontravam referidos os objetivos do estudo e descritas as condições de participação (viz., o seu cariz voluntário e possibilita o direito de desistência a qualquer momento, é não remunerado e confidencial, sendo a sua participação anónima) e só na fase seguinte responderam aos questionários em questão. Cumpre notar que, do total de 990 participantes inicialmente considerados no presente estudo, por meio de recursos *online* e na sua essência, 571 (58%) forneceram respostas incompletas e 2 (0.2%) não aceitaram o Termo de Consentimento Informado. Em resultado disso, estas 573 pessoas não foram contabilizadas para efeitos de análise.

### **Análise de Dados**

O presente estudo assentou num plano de investigação quantitativa (Lund, 2005) descritivo correlacional, operacionalizado de forma transversal (Lamiell, 1995), uma vez que, foi pensado e planeado para recolher dados num único período de tempo, numa amostra de indivíduos ou grupos. Tendo em consideração a metodologia quantitativa aplicada, seguiu-se um processo de investigação racional, repartido nas fases conceptual, metodológica e empírica, que comportam um conjunto de etapas, a partir da formulação de um problema geral de investigação, desde a definição e formulação das variáveis, descrição dos objetivos de investigação e o enunciado de questões de investigação mais precisas e detalhadas, medição dos conceitos e a obtenção e discussão dos resultados obtidos (Fortin, 2009), posteriormente descritos.

A análise descritiva foi efetuada com recurso ao *software IBM SPSS Statistics (Version 27)*. Num primeiro momento, posterior à recolha de dados, os dados recolhidos foram inseridos no *software* e recodificaram-se as variáveis, de forma a construir e preparar um ficheiro de dados para as análises estatísticas subsequentes. Inicialmente foram calculadas as estatísticas descritivas para descrever as variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra. Os dados foram analisados de forma descritiva, analítica e/ou inferencial, uma vez que, compõem um meio de organizar e resumir as observações, que fornecem resumos de características gerais de um conjunto de dados e várias formas de apresentação, como as tabelas e os gráficos (Pagano; Gauvreau, 2004). Nas variáveis numéricas, os dados foram apresentados por meio de média ( $\bar{x}$ ) e desvio padrão (*DP*),

caso contrário, por meio de mediana (*Md*) e seus percentis. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequência absoluta e relativa.

Como análise preliminar, procedeu-se ao cálculo das variáveis relativas às pontuações dos instrumentos e o alfa de Cronbach foi utilizado para testar a consistência interna dos instrumentos. Adicionalmente calcularam-se médias, desvios-padrão e entre as variáveis independentes em estudo (i.e., sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, se tem alguma experiência de doença oncológica pessoal e/ou na família, tipos de cancro, tempo desde o diagnóstico e em caso desta experiência se verificar a nível familiar, a relação de parentesco com o/a familiar portador(a) de doença. Num primeiro instante para avaliar a distribuição das variáveis, foi aplicado o Teste de Normalidade. Verificou-se que a maioria das variáveis não seguia uma distribuição normal, ou seja, o pressuposto de normalidade não foi assegurado, o que motivou a utilização de testes não paramétricos ao longo da análise. Compararam-se, igualmente, grupos definidos, em relação à resiliência e crescimento pós-traumático, com base no sexo (feminino vs. masculino), na experiência oncológica (i.e., indivíduos que não passaram por essa experiência vs. familiares de doentes oncológicos), relação de parentesco (i.e., filhos de doentes oncológicos vs. outra relação de parentesco), os padrões de vinculação (i.e., vinculação evitante vs. vinculação segura vs. vinculação ansiosa/ambivalente), tempo de diagnóstico (i.e., há menos de um ano vs. um ano ou mais), o estado de saúde atual do/a doente (i.e., falecimento vs. sobrevivência), por meio de Teste de Mann-Whitney para duas amostras independentes ou do Teste de Kruskal-Wallis para testar se duas ou mais amostras provém de uma mesma população ou se de populações diferentes e, de igual modo, se as amostras provém de populações com a mesma distribuição (Marôco, 2021). Na mesma medida, em que se procederam para verificar a existência de correlações entre variáveis (i.e., Resiliência e Crescimento Pós-Traumático; *Distress*, Resiliência e Crescimento Pós-Traumático; Sintomatologia Depressiva, Resiliência e Crescimento Pós-Traumático), aplicando-se os testes de correlação linear de *Spearman*.

Para garantir a robustez dos resultados, os dados foram analisados considerando os pressupostos de cada teste estatístico, e os valores de significância foram reportados para indicar a existência (ou não) de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos analisados. Todas as análises foram conduzidas de acordo com as melhores práticas em estudos quantitativos, utilizando técnicas apropriadas para a natureza das variáveis estudadas.

## Resultados

### *Caracterização das Famílias que Vivem com Doença Oncológica*

As famílias incluídas neste estudo mostram uma significativa prevalência de experiência oncológica familiar, com 62.8% dos participantes relatando ter um ou mais familiares com diagnóstico de cancro. Esta realidade sublinha a marca profunda que o cancro deixa nas famílias, afetando principalmente filhos (representados em 29.3% dos casos) face ao cancro parental, mas também outros familiares, como netos/as, sobrinhos/as e/ou primos/as, que compõem 32.1% das relações de parentesco mencionadas.

A diversidade de tipos de cancro, indica que os tipos mais comuns entre os familiares são o cancro da mama, representando 18.7% dos casos, seguido do cancro do cólon e reto (7.9%) e do pulmão (7.3%). Nota-se ainda uma distribuição variada de outros tipos de cancro, como o da próstata, útero, leucemia, e pâncreas ou outros, com percentagens menores. Importa referir que, ao abordar o tipo de cancro do(a) familiar diagnosticado com a doença, deve-se considerar que essa pessoa pode ter desenvolvido um ou mais tipos de cancro ao longo da sua trajetória de doença e, os valores aqui supracitados refletem essa mesma realidade.

No que diz respeito, à trajetória da doença, mais especificamente ao tempo de diagnóstico, 29.9% dos doentes foram diagnosticados há mais de 1 ano, enquanto 5.7% receberam o diagnóstico há menos de 6 meses. No que concerne ao estado de saúde atual dos doentes, uma parte considerável, 54.2%, já faleceu, enquanto 30.5% estão em remissão total ou sem evidência de doença e 15.3% ainda mantêm ainda doença ativa. A caracterização destas famílias que enfrentam o cancro, estão descritas na Tabela 3.

**Tabela 3.***Características Clínicas das Famílias que Vivem com a Doença*

Característica	N	%	M	DP
Experiência de Doença Oncológica Familiar	262	62.8		
Relação de Parentesco com o/a Doente				
Mãe	0	0.0		
Pai	0	0.0		
Filho/a	122	29.3		
Irmã (os)	6	1.4		
Cônjuge	0	0.0		
Outra	134	32.1		
Tipo de Cancro do/a Doente*				
Cancro da Mama	78	18.7		
Cancro do Cólon e do Reto	33	7.9		
Cancro do Pulmão	36	8.6		
Cancro da Próstata	32	7.7		
Cancro do Colo do Útero	22	5.3		
Leucemia	21	5.0		
Cancro do Cérebro	18	4.3		
Cancro dos Ossos	15	3.6		
Cancro do Estômago	25	6.0		
Cancro do Pâncreas	21	5.0		
Cancro do Fígado	15	3.6		
Outro(s)	34	8.2		
Tempo de Diagnóstico do/a Doente				
≤ 6 meses	15	5.73		
≥ 12 meses	55	20.99		
3 - 5 anos	55	20.99		
≥ 5 anos	137	52.29		
Estado de Saúde Atual do/a Doente				
Doença Ativa	40	15.27		
Remissão Total   Sem Evidência de Doença	80	30.53		
Faleceu	142	54.20		

*Nota.* \*No Tipo de Cancro, os valores refletem uma sobreposição, pois alguns participantes podem ter mais que um tipo de cancro.

### ***Diferenças na Resiliência e Crescimento Pós-Traumático em Familiares de Doentes Oncológicos e Pessoas sem essa Experiência***

As estatísticas descritivas, dispostas na Tabela 4, revelam diferenças no Crescimento Pós-Traumático e na Resiliência entre familiares de doentes oncológicos e indivíduos que não passaram por essa experiência. Em termos de Crescimento Pós-Traumático, os familiares de doentes oncológicos ( $M = 54.94$ ;  $DP = 24.21$ ;  $Md = 59.00$ ) apresentam uma média superior em comparação com aqueles que não têm experiência com cancro na família ( $M = 49.12$ ;  $DP = 28.97$ ;  $Md = 56.00$ ). Observa-se também uma maior variabilidade nos níveis de crescimento pós-traumático no grupo que não teve contacto com a doença oncológica na família, como evidenciado pelos percentis ( $P25 = 27.00$  vs.  $P25 = 40.00$ ). Em relação à Resiliência, os familiares de doentes oncológicos também apresentaram uma média ligeiramente superior ( $M = 12.38$ ;  $DP = 3.36$ ;  $Md = 12.00$ ) em comparação com os indivíduos que não passaram por essa experiência ( $M = 11.90$ ;  $DP = 3.08$ ;  $Md = 10.00$ ). Embora a diferença seja menos acentuada em relação à observada no Crescimento Pós-Traumático, o grupo que apresentam familiares com doença apresentou uma dispersão um pouco maior nos seus resultados. Os percentis indicam que 25% dos familiares de doentes oncológicos têm uma pontuação de resiliência de 10.00 ou inferior, enquanto no grupo que não tem familiares com cancro, o valor é de 8.00.

Esses dados sugerem que a experiência de ter um familiar com cancro pode estar associada a maiores níveis de Crescimento Pós-Traumático e Resiliência, refletindo possivelmente um processo de adaptação mais intenso a desafios psicológicos e emocionais. Neste sentido e, para uma análise mais detalhada realizou-se o Teste de Mann-Whitney.

**Tabela 4.**

*Resiliência e Crescimento Pós-Traumático em Familiares de Doentes Oncológicos e Pessoas sem Familiares com Doença*

	Familiares de Doentes Oncológicos					Não Familiares com Doença Oncológica				
	<i>n</i> = 262					<i>n</i> = 155				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>P25</i>	<i>Md</i>	<i>P75</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>P25</i>	<i>Md</i>	<i>P75</i>
Crescimento										
Pós-Traumático	54.94	24.21	40.00	59.00	73.00	49.12	28.97	27.00	56.00	72.00
Resiliência	12.38	3.36	10.00	12.00	15.00	11.90	3.08	10.00	12.00	14.00

O Teste de Mann-Whitney, descrito na tabela 5, foi conduzido para comparar os níveis de Crescimento Pós-Traumático e Resiliência entre familiares de doentes oncológicos e indivíduos que não passaram por essa experiência. Os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas em ambos os casos. No Crescimento Pós-Traumático, os familiares de doentes oncológicos, apresentaram uma média de classificações superior (215.60) em comparação com os indivíduos sem experiência de doença na família (197.84), mas esta diferença não foi significativa ( $U = 18575.000$ ,  $Z = -1.455$ ,  $p = 0.146$ ). Da mesma forma, os níveis de Resiliência também não apresentaram uma diferença significativa ( $U = 18340.500$ ,  $Z = -1.659$ ,  $p = 0.097$ ), visto que o valor de  $p$  ( $> .05$ ) e, portanto, não estatisticamente significativo. Estes resultados sugerem que, embora haja uma tendência de maior crescimento pós-traumático e resiliência nos familiares de doentes oncológicos, estas diferenças não são estatisticamente confirmadas.

**Tabela 5.**

*Teste de Mann-Whitney: Resiliência e Crescimento Pós-Traumático em Doentes Oncológicos e Pessoas sem Familiares com Doença*

	Não Familiares com Doença Oncológica	Familiares de Doentes Oncológicos		Sig.
	$n = 155$	$n = 262$		(2
	<i>Posto Médio</i>	<i>Posto Médio</i>	<i>U</i>	<i>extremidades)</i>
Crescimento				
Pós-Traumático	197.84	215.60	18575.000	.146
Resiliência	196.33	216.50	18340.500	.097

***Diferenças na Resiliência e Crescimento Pós-Traumático no Diagnóstico de Cancro de Pai/Mãe, em comparação com o de Outros Familiares***

Na comparação entre os níveis de Crescimento Pós-Traumático e Resiliência em filhos de doentes oncológicos e outros membros da família diagnosticados com doenças, foram observadas algumas diferenças importantes nas Estatísticas Descritivas.

Em termos de Crescimento Pós-Traumático, os filhos de doentes oncológicos ( $n = 122$ ) apresentaram uma ( $M = 55.05$ ;  $DP = 24.57$ ;  $Md = 60.00$ ). Os percentis 25 ( $P25$ ) e 75 ( $P75$ ) situaram-se em 37.00 e 73.00, respetivamente. Já o grupo de outros membros da família ( $n = 295$ ) apresentou uma média ligeiramente inferior ( $M = 51.83$ ;  $DP = 26.83$ ;  $Md = 57.00$ ),  $P25$  de 37.00 e  $P75$  de 72.00. Esses resultados sugerem que, apesar de uma ligeira diferença entre os grupos, ambos apresentam níveis semelhantes de crescimento pós-traumático, com maior variabilidade entre os filhos.

No que diz respeito à Resiliência, os filhos de doentes oncológicos ( $M = 12.71$ ;  $DP = 3.54$ ;  $Md = 13.00$ ), com  $P25$  de 10.00 e  $P75$  de 16.00. Por sua vez, o grupo de outros membros da família registou uma média ligeiramente inferior ( $M = 11.99$ ;  $DP = 3.12$ ;  $Md = 12.00$ ),  $P25$  de 10.00 e  $P75$  de 14.00. Embora a resiliência dos filhos seja marginalmente superior, as diferenças entre os grupos são pequenas.

De modo geral, os resultados indicam que, embora os filhos de doentes oncológicos apresentem ligeiramente maiores níveis de crescimento pós-traumático e resiliência, as diferenças em relação a outros membros da família também diagnosticados são pouco expressivas.

No sentido de verificar se existiam diferenças significativas entre filhos de doentes oncológicos e outros membros familiares diagnosticados em termos de Crescimento Pós-Traumático e Resiliência, foi realizado um Teste de Mann-Whitney, para uma análise mais detalhada, conforme a Tabela 6. No que diz respeito ao Crescimento Pós-Traumático, os filhos apresentaram uma *posto médio* de 133.18, enquanto os outros membros da família tiveram uma *posto médio* de 130.04 ( $U = 8335.000$ ,  $Z = -.335$  e  $p = 0.738$ ), indicando que não há diferenças significativas entre os dois grupos, porque  $p (> .05)$ .

Em relação à Resiliência, os filhos tiveram uma *posto médio* de 138.93 e os outros membros da família 125.03 ( $U = 7634.000$ ,  $Z = -1.487$ , e  $p = 0.137$ ), também não evidenciando diferenças significativas ( $p > .05$ ). Estes resultados sugerem que, em ambos os grupos, os níveis de crescimento pós-traumático e resiliência são semelhantes.

**Tabela 6.**

*Teste de Mann-Whitney: Resiliência e Crescimento Pós-Traumático em Filhos/as ou com Outros Membros da Família Doentes*

	Filhos de Doentes Oncológicos <i>n</i> = 122	Outros Familiares de Doentes Oncológicos <i>n</i> = 140	<i>U</i>	<i>Sig.</i> (2 <i>extremidades</i> )
	<i>Posto Médio</i>	<i>Posto Médio</i>		
Crescimento				
Pós-Traumático	133.18	130.04	8335.000	.738
Resiliência	138.93	125.03	7634.000	.137

### ***Diferenças na Resiliência e Crescimento Pós-Traumático nos Diferentes Estilos de Vinculação com os Familiares Portadores de Doença***

Os resultados apresentam a média (*M*), desvio padrão (*DP*), e percentis (*P25*, *Md*, *P75*) referentes ao Crescimento Pós-Traumático e à Resiliência em três estilos de vinculação com familiares portadores de doenças: Evitante, Seguro e Ansioso/Ambivalente.

No estilo de vinculação Evitante, observou-se que o Crescimento Pós-Traumático ( $M = 35.06$ ;  $DP = 27.09$ ;  $Md = 32.50$ ) e percentis variando entre 9.50 e 47.50. Já para a Resiliência ( $M = 12.25$ ;  $DP = 4.12$ ), com percentis distribuídos entre 9.50 e 15.00. Esses valores indicam níveis relativamente baixos tanto de crescimento pós-traumático quanto de resiliência.

No estilo de vinculação Seguro, os participantes apresentaram um Crescimento Pós-Traumático ( $M = 55.97$ ;  $DP = 23.62$ ;  $Md = 50.00$ ) e os percentis variaram de 42.00 a 73.00. Para a Resiliência ( $M = 12.30$ ;  $DP = 3.29$ ), com percentis entre 10.00 e 15.00. Isso sugere que, apesar de o estilo de vinculação seguro estar associado a níveis mais elevados de crescimento pós-traumático em comparação ao estilo evitante, os níveis de resiliência permanecem semelhantes e relativamente baixos.

Por fim, no estilo de vinculação Ansioso/Ambivalente, o Crescimento Pós-Traumático ( $M = 60.57$ ;  $DP = 21.41$ ;  $Md = 60.50$ ) e percentis entre 41.00 e 78.00. A Resiliência ( $M = 13.86$ ;  $DP = 3.44$ ), com percentis variando entre 13.00 e 16.00. Esses valores indicam que, para o estilo ansioso/ambivalente, os níveis de crescimento pós-traumático são os mais elevados entre os três estilos, enquanto a resiliência é ligeiramente superior à observada nos outros grupos.

Em síntese, os resultados sugerem que o estilo de vinculação seguro e o ansioso/ambivalente estão associados a níveis mais elevados de Crescimento Pós-Traumático em comparação ao estilo evitante, sendo que o estilo ansioso/ambivalente apresenta maior média. Contudo, a Resiliência não parece variar substancialmente entre os estilos de vinculação, com níveis relativamente baixos em todos os grupos. Para efeitos de uma análise mais detalhada, realizou-se o Teste de Kruskal Wallis.

Os resultados apresentados na Tabela 7 referem-se à análise do crescimento pós-traumático e da resiliência em três diferentes estilos de vinculação: evitante, segura e ansiosa/ambivalente, utilizando o teste de Kruskal-Wallis.

No que diz respeito ao crescimento pós-traumático, verificou-se uma diferença significativa entre os estilos de vinculação, como indicado pelo valor de  $H = 9.258$  e uma significância de  $p = 0.010$ , o que indica que existem diferenças estatisticamente significativas (inferior ao nível de significância estabelecido em que  $\alpha = 0.05$ ) entre os grupos de vinculação ao nível do crescimento pós-traumático. Ao observar os postos médios, percebe-se que o grupo com vinculação segura apresenta um *posto médio* de 134.58, enquanto o grupo com vinculação evitante tem um *posto médio* de 76.22, e o grupo com vinculação ansiosa/ambivalente apresenta o maior *posto médio* (143.57). Esses resultados sugerem que os indivíduos com estilos de vinculação ansiosa/ambivalente e segura relatam níveis mais elevados de crescimento pós-traumático em comparação com aqueles com vinculação evitante.

Em relação à resiliência, os resultados não indicam diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de vinculação, com um valor de  $H = 3.907$  e  $p = 0.142$ . Embora o grupo com vinculação ansiosa/ambivalente apresente o maior *posto médio* (170.25), seguido pelo grupo com vinculação evitante (130.63) e o grupo com vinculação segura (129.22), essas diferenças não são suficientes para se considerar que há uma diferença significativa (superior ao nível de significância estabelecido em que  $\alpha = 0.05$ ) nos níveis de resiliência entre os diferentes estilos de vinculação.

Em síntese, os resultados indicam que os três estilos de vinculação diferem significativamente no que diz respeito ao crescimento pós-traumático, mas não em termos de resiliência.

**Tabela 7.**

*Teste de Kruskal Wallis: Resiliência e Crescimento Pós-Traumático nos Diferentes Estilos de Vinculação*

	Vinculação Evitante <i>n</i> = 16 <i>Posto</i> <i>Médio</i>	Vinculação Segura <i>n</i> = 232 <i>Posto</i> <i>Médio</i>	Vinculação Ansiosa/Ambivalente <i>n</i> = 16 <i>Posto Médio</i>	<i>H</i>	<i>Sig.</i>
Crescimento Pós-Traumático	76.22	134.58	143.57	9.258	.010
Resiliência	130.63	129.22	170.25	3.907	.142

***Relação entre Resiliência e Crescimento Pós-Traumático***

A tabela 8 apresentada indica uma análise de correlação de Spearman entre os níveis de Resiliência e Crescimento Pós-Traumático. O coeficiente de correlação  $r_s = .474$  com um nível de significância  $p < .01$  sugere uma correlação positiva moderada entre essas duas variáveis. Isto significa que, à medida que os níveis de resiliência aumentam, também se observa um aumento no crescimento pós-traumático. A significância estatística, ao nível de 0,01, sugere que a probabilidade de este resultado ocorrer ao acaso é muito baixa (menos de 1%), fortalecendo a interpretação de que existe uma relação confiável entre resiliência e crescimento pós-traumático nesta amostra em estudo.

**Tabela 8.**

*Correlação de Spearman entre os níveis de Resiliência e Crescimento Pós-Traumático*

	Crescimento Pós-Traumático
Resiliência	$r_s = .474^{**}$

**\*\*.** A correlação é significativa no nível 0,01

### ***Diferenças entre Resiliência e Crescimento Pós-Traumático em Familiares Enlutados, em comparação com familiares que não estão enlutados***

Os dados referentes ao Crescimento Pós-Traumático e à Resiliência dos familiares foram analisados em dois grupos principais: (1) familiares não enlutados, de pacientes com doença ativa ou que estão em remissão total/sem evidência de doença e (2) em familiares enlutados face ao doente. A análise das estatísticas revelam que no primeiro grupo, observou-se um valor médio de Crescimento Pós-Traumático ( $M = 51.88$ ;  $DP = 25.66$ ;  $Md = 55.00$ ). O intervalo interquartil ( $P25 = 35.00$ ;  $P75 = 70.00$ ) revela uma variação significativa nos níveis de crescimento pós-traumático dentro deste grupo, com valores concentrados principalmente entre 35.00 e 70.00. No que diz respeito à Resiliência ( $M = 12.35$ ;  $DP = 3.28$ ;  $Md = 10.00$ ). O intervalo interquartil para a resiliência variou de 10.00 a 15.00, sugerindo uma menor variabilidade e um padrão mais consistente de resiliência entre os familiares de sobreviventes. Nos familiares de pacientes falecidos, verificou-se uma média de Crescimento Pós-Traumático ligeiramente superior ( $M = 57.19$ ;  $DP = 22.53$ ;  $Md = 59.50$ ). O intervalo interquartil variou de 45.00 ( $P25$ ) a 73.00 ( $P75$ ), indicando que os níveis de crescimento pós-traumático tendem a ser mais elevados neste grupo, comparativamente ao primeiro. Em relação à Resiliência ( $M = 12.31$ ;  $DP = 3.44$ ;  $Md = 12.00$ ). O intervalo interquartil ( $P25 = 10.00$ ;  $P75 = 15.00$ ) revela que, tal como no grupo de familiares de sobreviventes, a variabilidade nos níveis de resiliência é relativamente baixa.

A comparação entre os dois grupos revela algumas diferenças importantes, especialmente no que respeita ao Crescimento Pós-Traumático. Os familiares enlutados apresentam uma média superior de Crescimento Pós-Traumático ( $M = 57.19$ ;  $DP = 22.53$ ) em comparação com os familiares não enlutados ( $M = 51.88$ ;  $DP = 25.66$ ), sugerindo que a perda do ente querido pode estar associada a níveis mais elevados de crescimento após a experiência traumática. Contudo, essa diferença, embora presente, não é extrema, dado que ambos os grupos apresentam valores consideráveis de Crescimento Pós-Traumático, possivelmente refletindo o impacto profundo da doença, independentemente da situação do/a doente. Em termos de Resiliência, os resultados indicam que os níveis são bastante semelhantes entre os dois grupos, com médias muito próximas ( $M = 12.35$ ;  $DP = 3.28$ ) para os familiares não enlutados e ( $M = 12.31$ ;  $DP = 3.44$ ) para os familiares enlutados).

O que sugere que a capacidade de adaptação e enfrentamento das adversidades não varia significativamente conforme a situação do familiar, indicando que a resiliência é uma característica relativamente estável entre os familiares, independentemente de o paciente ter falecido ou não.

Os resultados da análise estatística realizada por meio do teste de Mann-Whitney, que comparou o Crescimento Pós-Traumático e a Resiliência entre familiares enlutados e familiares não enlutados, são apresentados na Tabela 9.

Para o Crescimento Pós-Traumático, os familiares que estavam acompanhando um doente com doença ativa ou em remissão total/sem evidência de doença apresentaram uma *posto médio* de 123.19, enquanto os familiares que vivenciaram o falecimento do doente apresentaram uma *posto médio* de 137.55. O valor de  $U$  foi de 7519.500, com um valor de  $Z = 1.531$  e um valor de  $p = 0.126$ . Como o valor de  $p$  é superior a .05, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que diz respeito ao Crescimento Pós-Traumático.

No que concerne à Resiliência, os familiares de doentes em estado ativo ou em remissão apresentaram um *posto médio* de 131.18, enquanto os familiares enlutados apresentaram uma *posto médio* de 130.78. O valor de  $U$  foi de 8423.000, com um valor de  $Z = -0.043$  e um valor de  $p = 0.966$ . Novamente, o valor de  $p$  é muito superior a .05, indicando que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os familiares enlutados e não enlutados quanto à Resiliência.

Os resultados indicam, de forma geral, que não há diferenças estatisticamente significativas entre os familiares enlutados e não enlutados, tanto no que se refere ao Crescimento Pós-Traumático ( $p = 0.126$ ) quanto à Resiliência ( $p = 0.966$ ).

**Tabela 9.**

*Teste de Mann-Whitney: Resiliência e Crescimento Pós-Traumático em Familiares Não Enlutados e em Familiares Enlutados*

	Doença Ativa ou Sem Evidência de Doença/Remissão	Falecimento		
	$n = 119$	$n = 142$		Sig.
	<i>Posto Médio</i>	<i>Posto Médio</i>	<i>U</i>	(2 <i>extremidades</i> )
Crescimento				
Pós-Traumático	123.19	137.55	7519.500	.126
Resiliência	130.78	131.18	8423.000	.966

***Diferenças entre Resiliência e Crescimento Pós-Traumático Face ao Tempo de Diagnóstico do/a Familiar Doente***

A análise das diferenças entre o Crescimento Pós-Traumático e a Resiliência em função do Tempo de Diagnóstico do/a familiar doente revela algumas tendências relevantes, conforme as estatísticas descritivas.

Para os participantes cujo familiar recebeu o diagnóstico há menos de seis meses ( $\leq 6$  meses), a média de Crescimento Pós-Traumático ( $M = 52.87$ ;  $DP = 28.87$ ;  $Md = 62.00$ ). Este valor indica que os familiares experienciam um nível moderado de crescimento pós-traumático após um diagnóstico recente, com uma variação substancial entre os participantes, como evidenciado pelo desvio padrão elevado. Os percentis 25 ( $P25 = 28.00$ ) e 75 ( $P75 = 70.00$ ) indicam que, embora alguns indivíduos reportem níveis relativamente baixos, a maioria demonstra níveis mais elevados de crescimento pós-traumático. Por outro lado, os níveis de Resiliência ( $M = 12.00$ ;  $DP = 4.07$ ) sugerem uma resiliência globalmente baixa, com menor variabilidade entre os participantes, conforme refletido pelo intervalo entre  $P25$  (8.00) e  $P75$  (16.00).

Para os familiares com um tempo de diagnóstico igual ou superior a doze meses ( $\geq 12$  meses), a média de Crescimento Pós-Traumático foi ligeiramente superior ( $M =$

55.06;  $DP = 28.87$ ;  $Md = 23.96$ ;  $Md = 59.00$ ). Embora a diferença na média em relação ao grupo de diagnóstico mais recente seja pequena, o intervalo entre  $P25$  (41.00) e  $P75$  (73.00) sugerem uma distribuição mais equilibrada e centrada em valores relativamente mais elevados de crescimento pós-traumático. No que diz respeito à Resiliência ( $M = 12.40$ ;  $DP = 3.32$ ), muito próxima da observada no grupo de diagnóstico  $\leq 6$  meses, indicando que os níveis de resiliência se mantêm estáveis ao longo do tempo, com variações mínimas entre os indivíduos.

Estes resultados sugerem que, enquanto o Crescimento Pós-Traumático tende a ser ligeiramente maior à medida que o tempo de diagnóstico aumenta, os níveis de Resiliência permanecem relativamente baixos e consistentes, independentemente do tempo decorrido desde o diagnóstico.

Foram realizados testes de Mann-Whitney para avaliar o impacto do tempo de diagnóstico do familiar doente (menos de 6 meses vs. mais de 12 meses) no Crescimento Pós-Traumático e na Resiliência dos participantes, demonstrados na Tabela 10. No que diz respeito ao Crescimento Pós-Traumático, os resultados indicaram que a *posto médio* para os participantes cujo familiar foi diagnosticado há menos de 6 meses foi de 125.10, enquanto para os participantes com familiares diagnosticados há 12 meses ou mais, a *posto médio* foi de 131.89 ( $U = 1756.500$ ,  $Z = -0.337$ ,  $p = 0.736$ ). Esses resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, visto que o valor de  $p$  é superior a .05.

Na Resiliência, por sua vez, a *posto médio* foi de 129.20 para os participantes com familiares diagnosticados há menos de 6 meses e de 131.64 para os participantes com familiares diagnosticados há mais de 12 meses ( $U = 1818.000$ ,  $Z = -0.122$ ,  $p = 0.903$ ). Assim como no Crescimento Pós-Traumático, os resultados não indicaram diferenças significativas entre os grupos, evidenciados pelos valores de  $p$  em ambas as análises.

**Tabela 10.**

*Teste de Mann-Whitney: Resiliência e Crescimento Pós-Traumático Face ao Tempo de Diagnóstico do/a Familiar Doente*

	Tempo de Diagnóstico ≤ 6 Meses <i>n</i> = 15 <i>Posto Médio</i>	Tempo de Diagnóstico ≥ 12 Meses <i>n</i> = 247 <i>Posto Médio</i>	<i>U</i>	<i>Sig.</i> (2 <i>extremidades</i> )
Crescimento Pós-Traumático	125.10	131.89	1756.500	.736
Resiliência	129.20	131.64	1818.000	.903

***Diferenças entre Resiliência e Crescimento Pós-Traumático entre os Sexos dos Participantes***

As análises descritivas revelaram que os níveis de Crescimento Pós-Traumático foram semelhantes entre os participantes do sexo feminino ( $M = 52.72$ ,  $DP = 26.43$ ) e masculino ( $M = 53.06$ ,  $DP = 25.09$ ), com diferenças mínimas observadas na mediana (Feminino = 56.00, Masculino = 59.00) e valores nos percentis 25 e 75 de 36.50 e 73.00, respetivamente para o sexo feminino. Para os participantes do sexo masculino os percentis foram de 39.00 ( $P25$ ) e 68.00 ( $P75$ ). Estes resultados indicam que, embora a média e a mediana entre os sexos sejam muito semelhantes, o grupo masculino apresenta ligeiramente maiores valores de mediana e nos percentis 25 e 75. Isso sugere uma ligeira tendência para maior Crescimento Pós-Traumático nos homens, mas as diferenças são mínimas.

Em contraste, os resultados indicaram uma leve diferença nos níveis de resiliência, sendo que os homens apresentaram uma média ligeiramente superior ( $M = 13.05$ ,  $DP = 3.03$ ) em comparação às mulheres ( $M = 12.05$ ,  $DP = 3.28$ ;  $Md = 12.00$ ) e percentis 25 e 75 de 10.00 e 14.00, respetivamente. Já os homens apresentaram percentis de 11.00 ( $P25$ ) e 15.00 ( $P75$ ). Este resultado indica que, embora as medianas sejam idênticas, o grupo

masculino apresentou médias e percentis superiores, sugerindo uma maior Resiliência entre os homens. Embora as diferenças sejam visíveis na média e nos percentis, as variações observadas entre os sexos são pequenas e podem não ser significativas.

Nos resultados da análise estatística realizada através do teste de Mann-Whitney, mencionada na Tabela 11 foram comparadas as medianas do Crescimento Pós-Traumático e da Resiliência entre os sexos feminino e masculino. Em relação ao Crescimento Pós-Traumático, observou-se que o *posto médio* das mulheres foi de 208.85, enquanto o dos homens foi de 209.82. O valor de  $U$  foi de 11387.000, com um valor de  $Z$  de -0.059 e uma significância estatística de  $p = 0.953$ . Esse resultado demonstra que não há diferença estatisticamente significativa entre os sexos em relação ao Crescimento Pós-Traumático, dado que o valor de  $p$  é superior a 0.05.

Mas, quando analisada a Resiliência, foi possível verificar uma diferença significativa entre os sexos. As mulheres apresentaram uma *posto médio* de 203.26, enquanto os homens obtiveram um *posto médio* superior, de 240.08. O valor de  $U$  foi de 9419.500, com  $Z$  de -2.273 e um valor de  $p = 0.023$ . Este valor de  $p$  inferior a 0.05 indica que há uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, sugerindo que os homens demonstraram níveis mais elevados de resiliência em comparação às mulheres.

Dessa forma, os resultados sugerem que, embora não existam diferenças significativas no Crescimento Pós-Traumático entre homens e mulheres, há uma diferença significativa na Resiliência, com os homens apresentando níveis superiores.

**Tabela 11.**

*Teste de Mann-Whitney: Resiliência e Crescimento Pós-Traumático no Sexo dos Indivíduos*

	Sexo	Sexo	<i>U</i>	<i>Sig.</i> (2 extremidades)
	Feminino	Masculino		
	<i>n</i> = 352	<i>n</i> = 65		
	<i>Posto Médio</i>	<i>Posto Médio</i>		
Crescimento Pós-Traumático	208.85	209.82	11387.000	.953
Resiliência	203.26	240.08	9419.500	.023

#### ***Relação entre o Distress na Resiliência e no Crescimento Pós-Traumático***

Os resultados apresentados na tabela 12 indicam a distribuição dos níveis de *distress* (baixo, moderado, elevado e muito elevado), face às pontuações apresentadas na Escala de *Distress* Psicológico de Kessler (K-10), em indivíduos que têm familiares com doença oncológica e indivíduos que não têm familiares com essa condição.

Observa-se que o *distress* está distribuído de maneira relativamente equitativa entre os diferentes níveis, embora a categoria de "*Distress* Elevado" seja a mais prevalente na amostra total, com 27.3% dos participantes. Logo em seguida, as categorias de "*Distress* Moderado" (25.9%) e "*Distress* Muito Elevado" (24.7%) também representam uma proporção significativa da amostra. O "*Distress* Baixo" é o menos frequente, presente em 22.1% dos participantes.

Analisando especificamente os familiares de doentes oncológicos, nota-se uma tendência mais clara de maior *distress*. A maior percentagem de familiares encontra-se na categoria de "*Distress* Elevado" (28.2%), seguido de "*Distress* Muito Elevado" (26.7%). Apenas 21% dos familiares de doentes oncológicos reportaram "*Distress* Baixo", e 24% reportaram "*Distress* Moderado". Sob outro prisma, no grupo de indivíduos que não possuem familiares com doença oncológica, observa-se uma distribuição ligeiramente diferente. A maior percentagem destes indivíduos reportou

"*Distress Moderado*" (29%), seguida de "*Distress Elevado*" (25.8%). Curiosamente, a percentagem de indivíduos com "*Distress Muito Elevado*" é menor (21.3%) neste grupo comparativamente aos familiares de doentes oncológicos.

No fundo, os dados sugerem que os familiares de doentes oncológicos tendem a apresentar níveis mais elevados de *distress* em comparação com indivíduos sem familiares com doença oncológica, especialmente nas categorias de "*Distress Elevado*" e "*Distress Muito Elevado*". Sublinha-se, assim, o impacto emocional e psicológico significativo que a presença de um familiar com doença oncológica eventualmente poderá ter nos cuidadores e familiares, levando-os a experimentar níveis mais altos de *distress*.

**Tabela 12.**

*O Distress em Familiares de Doentes Oncológicos e Pessoas sem Familiares com Doença*

	Não Familiares com Doença Oncológica		Familiares de Doentes Oncológicos		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
<i>Distress Baixo</i>	37	23.9	55	21.0	92	22.1
<i>Distress Moderado</i>	45	29.0	63	24.0	108	25.9
<i>Distress Elevado</i>	40	25.8	74	28.2	114	27.3
<i>Distress Muito Elevado</i>	33	21.3	70	26.7	103	24.7

Na Tabela 13, são apresentados os coeficientes de correlação de *Spearman* entre os níveis de *Distress*, Resiliência e Crescimento Pós-Traumático. Os resultados indicam que o *distress* apresenta uma correlação negativa tanto com o crescimento pós-traumático ( $r_s = -0.026$ ) quanto com a resiliência ( $r_s = -0.086$ ). Embora ambos os coeficientes sejam negativos, o valor de  $r_s$  é bastante próximo de zero, sugerindo que não há uma relação linear forte entre as variáveis analisadas, não havendo significância estatística no nível .01, o que reforça a ideia de que não há uma associação consistente entre os níveis de *distress* e as outras variáveis em questão.

Portanto, com base nesses resultados, não se pode afirmar que o *distress* contribui para o desenvolvimento de resiliência ou de crescimento pós-traumático. Pelo contrário, a ausência de correlações significativas e os coeficientes baixos indicam que o *distress*, conforme medido neste estudo, não está diretamente associado a um aumento ou diminuição dos níveis de resiliência ou crescimento pós-traumático na amostra analisada.

**Tabela 13.**

*Correlação de Spearman entre os níveis de Distress na Resiliência e no Crescimento Pós-Traumático*

	Crescimento Pós-Traumático	Resiliência
<i>Distress</i>	$r_s = -.026$	$r_s = -.086$

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01

***Relação entre a Depressão na Resiliência e no Crescimento Pós-Traumático***

A análise dos resultados obtidos na tabela 14 revela os níveis de depressão em indivíduos que convivem com doentes oncológicos em comparação com aqueles que não possuem essa experiência.

A maioria dos participantes encontra-se nas categorias de depressão leve a moderada. Aproximadamente 37.6% dos indivíduos apresentam depressão ligeira, sendo esta a categoria mais frequente na amostra total, seguida por 23.3% dos participantes com depressão mínima. Cerca de 18% apresentam depressão moderada, e as categorias mais graves (depressão moderadamente grave e depressão grave) representam 12.2% e 6.2% da amostra total, respectivamente. Mas, apenas 2.6% dos participantes não apresentam sintomas de depressão, o que indica que a depressão, em algum nível, está presente em grande parte da amostra.

No entanto, os resultados indicam uma prevalência ligeiramente maior de depressão entre os familiares de doentes oncológicos. Neste grupo, 34.7% dos participantes encontram-se com depressão ligeira, um valor semelhante ao dos não familiares (42.6%). Contudo, nota-se uma proporção maior de familiares de doentes oncológicos nas categorias de depressão moderada (17.9% versus 18.1% nos não

familiares) e moderadamente grave (14.9% nos familiares em comparação com 7.7% nos não familiares). Para além disso, 6.9% dos familiares de doentes oncológicos sofrem de depressão grave, um aumento em relação aos 5.2% dos não familiares. Em contraste, a proporção de familiares de doentes oncológicos sem depressão (2.7%) é ligeiramente superior à dos não familiares (2.6%), embora essa diferença seja mínima.

Os familiares de doentes oncológicos apresentam um maior percentual nas categorias de depressão moderadamente grave e grave, sugerindo que o impacto emocional e psicológico de conviver com alguém que enfrenta uma doença oncológica pode ser mais acentuado em relação àqueles que não possuem essa experiência. O número de casos de depressão leve a moderada também é expressivo, o que pode indicar que muitos familiares lidam com a situação com algum nível de sofrimento emocional, mas não necessariamente com quadros depressivos mais graves. Os dados sugerem que a experiência de cuidar ou conviver com um doente oncológico está associada a níveis mais altos de depressão, especialmente nas formas moderadamente grave e grave. O que reforça a importância de oferecer suporte psicológico adequado aos familiares de pacientes oncológicos, uma vez que, apresentam um risco significativo de desenvolver depressão severa em comparação com indivíduos sem essa vivência.

**Tabela 14.**

*A Depressão em Familiares de Doentes Oncológicos e Pessoas sem Essa Experiência*

	Não Familiares com Doença Oncológica		Familiares de Doentes Oncológicos		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ausência de Depressão	4	2.6	7	2.7	11	2.6
Depressão Mínima	37	23.9	60	22.9	97	23.3
Depressão Ligeira	66	42.6	91	34.7	157	37.6
Depressão Moderada	28	18.1	47	17.9	75	18.0
Depressão Moderadamente Grave	12	7.7	39	14.9	51	12.2
Depressão Grave	8	5.2	18	6.9	26	6.2

A tabela 15 representa a correlação entre os níveis de depressão e o crescimento pós-traumático, que foi de  $r_s = -.005$ , indicando uma associação negativa extremamente fraca. Este valor sugere que a depressão não está relacionada de maneira significativa com o crescimento pós-traumático. Semelhantemente, a correlação entre os níveis de depressão e resiliência foi de  $r_s = -.037$ , o que também indica uma associação negativa muito fraca. Em ambos os casos, as correlações não atingiram o nível de significância estabelecido ( $p > 0.01$ ), sugerindo que não há uma relação estatisticamente significativa entre depressão e as variáveis em questão. Esses resultados indicam que, de uma forma geral, nesta amostra, os níveis de depressão não apresentam uma associação significativa com os níveis de resiliência ou crescimento pós-traumático.

### **Tabela 15**

*Correlação de Spearman entre os níveis de Depressão na Resiliência e no Crescimento Pós-Traumático*

	Crescimento Pós-Traumático	Resiliência
<i>Depressão</i>	$r_s = -.005$	$r_s = -.037$

\*\* . A correlação é significativa no nível 0.01

### **Discussão**

A presente investigação, inscrita numa perspetiva psicológica da compreensão do processo de adaptação em situações de doença oncológica, teve como objetivo estudar, numa amostra constituída por individuo jovens adultos que tenham cancro na família, mas também por indivíduos que não passaram por essa experiência, os níveis de resiliência e de crescimento pós-traumático, bem como compreender as diferenças destas, face ao efeito de variáveis sociodemográficas e clínicas empiricamente associadas. Esperava-se que se verificassem evidências significativas entre os familiares de doentes com cancro, em comparação com indivíduos que não tinham passado por essa experiência nas suas famílias face ao desenvolvimento de resiliência e crescimento pós-traumático. As análises estatísticas mostraram que existe uma relação positiva moderada entre os níveis de resiliência e os níveis de crescimento pós-traumático (*viz, post traumatic*

*growth*). Contrariamente ao que era esperado, embora se observe uma tendência para níveis superiores de resiliência e crescimento pós-traumático entre os familiares de doentes oncológicos em comparação com indivíduos com ausência dessa experiência, essas diferenças não foram estatisticamente significativas.

Entender as diferenças nos níveis de resiliência e crescimento pós-traumático envolve levar em conta variáveis sociodemográfica, como o sexo, visto que se diz que as experiências e reações psicológicas podem diferir significativamente entre homens e mulheres. Partindo da literatura existente, a projeção inicial era que as mulheres, em particular, podem experimentar um crescimento pós-traumático mais acentuado em comparação aos homens, especialmente em contextos relacionados ao cancro (Adamcheski & Turek, 2023; Camargo et al., 2020). Esta perspectiva é reforçada, pela própria dinâmica familiar e o papel dos cuidadores e, uma vez que, as mulheres assumem frequentemente o papel de cuidadoras primárias, onde existe um *stress* emocional significativo e um elevado sofrimento psíquico (Ponsoda, Beleña & Díaz, 2023), mas também oportunidades de crescimento pessoal, o que pode não haver é evidências de diferenças na resiliência. Exemplo disso é que Street et al. (2010) afirmaram que um alto nível de resiliência foi exibido pela maioria das mulheres cuidadoras. No entanto, houve resultados controversos de Bookwala (2014), que identificou que os níveis de resiliência feminina eram menores do que dos homens. Enquanto, o estudo de Simpson et al. (2015) descobriu que sexo e resiliência não tinham relação significativa. A distribuição pelo sexo dos participantes é, na verdade, um dos pontos a salientar deste estudo, uma vez que, contou com uma amostra de homens bastante reduzida (e não representativa), em comparação com o número de mulheres que se envolveram na investigação e, estes números discrepantes podem levar a novas suposições por si só e coerentes com as características da amostra, independentemente do que a literatura nos diz. A predominância do sexo feminino (84%) reflete notoriamente que em estudos que envolvem famílias (Mukhlisah & Pudjiati, 2021), as discrepâncias de papéis de género têm sido associadas ao *stress* e à resiliência, também evidenciado em estudos anteriores com população similar. No entanto, essa suscetibilidade não se aplica de forma generalizada ao outro grupo incluído neste estudo, composto por pessoas sem familiares com cancro. Em complementaridade, por meio destas percepções, identificou-se que não houve diferenças significativas no crescimento pós-traumático entre os sexos dos participantes, mas verificou-se nas observações registadas que os homens apresentaram

níveis de resiliência superiores aos das mulheres, o que vem notar esta mesma controversa previamente já mencionada.

Os resultados vão ainda ao encontro da investigação anterior que consistentemente demonstrou a existência de uma relação empírica entre resiliência e crescimento pós-traumático (Duran et al., 2024; Latif et al., 2024), e apontou para que essa relação fosse suscetível à repercussão de variáveis psicológicas (Ang et al., 2023), mas também por experiências individuais e fatores culturais (Clark, 2024; Şanlı, 2024). Em concreto, os resultados do presente estudo sugerem que a exposição a uma doença crónica, como o cancro poderá desencadear sofrimento psíquico, expresso em níveis significativos de *distress* e sintomatologia depressiva, o que se poderia traduzir no desenvolvimento de resiliência e crescimento pós-traumático. Em consideração, isso não se refletiu no estudo, indicando a ausência de uma relação entre o *distress* e a sintomatologia depressiva com a resiliência e o crescimento pós-traumático.

A literatura científica é clara na constatação de que o sofrimento psicológico se relaciona como com uma maior probabilidade de obter pontuações mais elevadas em escalas de resiliência (Desheids, Asvat, Tippet & Vanderlan, 2022; Luo et al., 2024) e de crescimento pós-traumático (Camargo, Santos, Santos, Talhaferro, Carniel & Vianna, 2020), bem como de potenciar as estratégias de *coping* (Li et al., 2022). Em sentido oposto, existem inúmeras evidências empíricas de como estas características psicológicas assumem um papel protetor e consequentemente despertarem níveis mais elevados de saúde mental, ou seja, melhor bem-estar psicológico (Li et al., 2022). Paralelamente, verifica-se a existência de uma relação robusta que facilite o processo de adaptação como resposta às adversidades e, em particular a uma situação potencialmente traumática e os múltiplos fatores físicos, emocionais, cognitivos, interpessoais e comportamentais criando um efeito particular (Camargo et al., 2020) na forma como o indivíduo se adapta às adversidades, como a presença de uma doença oncológica na família.

Em situações de cancro, existe a premissa robusta que o *distress* destaca-se que a doença oncológica está associada a sofrimento físico e psicológico no doente e na família (Cardoso et al., 2009), ficando mais vulnerável a perturbações psiquiátricas como depressão e/ou ansiedade (Janson et al., 2022; Sahadevan & Namboodiri, 2019) e a níveis elevados de *distress* psicológico (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2018). Ao explorarmos o *distress* psicológico e a sintomatologia depressiva em familiares de doentes oncológicos, as descobertas ilustram níveis muito mais significativamente

elevados, em comparação com indivíduos que não passaram pela experiência de ter um familiar com cancro.

No curso da vivência da doença, sugere-se que a relação de parentesco pode influenciar os mecanismos de adaptação à mesma. Os estudos, em particular, sobre a perspectiva dos filhos face ao cancro parental revelam uma complexa gama de respostas emocionais e psicológicas. Os filhos frequentemente experienciam *stress* pós-traumático, sendo comum a ocorrência de sintomas significativos relacionados ao trauma da doença parental (Egberts et al., 2022). A forma como esses jovens enfrentam a doença dos pais pode influenciar significativamente a sua adaptação, o recurso a estratégias de *coping* adaptativas, como a reavaliação positiva e o processamento emocional, que estão consequentemente associadas a maiores níveis de crescimento pós-traumático e maior resiliência, promovendo assim, uma saúde mental mais positiva (Morris et al., 2020; Teixeira & Pereira, 2013). Para além disso, evidências indicam que filhos que conseguem encontrar um significado positivo na experiência, muitas vezes através de apoio social e intervenções psicossociais, demonstram melhor ajustamento e menor morbidade psicológica (Mosher, Danoff-Burg, & Brunker, 2006; Teixeira & Pereira, 2013). Em contrapartida, o *coping* evitativo e a falta de apoio adequado contribuem para um aumento dos sintomas de *distress* e pior adaptação emocional (Egberts et al., 2022; Mosher, Danoff-Burg, & Brunker, 2006).

No estudo em questão, não se identificaram diferenças significativas ao nível do crescimento pós-traumático nem da resiliência tendo em consideração a relação de parentesco (filhos v.s. outros), o que contradiz parcialmente essa fundamentação teórica (Takedomi et al., 2021). Seja como for, mesmo que não se observem diferenças significativas entre grupos, identificou-se que há um número considerável de filhos que experienciam o cancro de um dos pais. Estes filhos representam uma parte de uma população que pode ser muito mais ampla e que frequentemente permanece invisível aos olhos dos profissionais de saúde. Intervenções podem ser fundamentais para abordar as necessidades desses jovens, garantindo que recebam o suporte adequado para desenvolverem estratégias de *coping* eficazes e alcancem melhores resultados psicológicos e emocionais. Em outras palavras, é evidente que a vivência desta realidade se define como um paradoxo, porque apesar da ameaça que constitui à própria vida de uma mãe ou pai e ao funcionamento normal do sistema familiar, pode despoletar

mudanças positivas e enriquecedoras para as várias esferas destes filhos, vincando o desenvolvimento da resiliência individual, mas também familiar.

Este balanço sublinha, assim, a importância de construir programas de intervenção que forneçam suporte emocional e estratégias de *coping* eficazes para essa população vulnerável, já que muitos desses filhos necessitam de ajuda para lidar com a incerteza e a mudança de papéis familiares (Morris et al., 2020; Teixeira & Pereira, 2013), assim como, todas as transformações que a doença traz. Intervenções que se concentrem em impulsionar o desenvolvimento de resiliência e de crescimento pós-traumático subsequente, mas pode também ajudar a mitigar os impactos negativos do cancro parental, promovendo um desenvolvimento emocional mais saudável e a construção de mudanças positivas a longo prazo (Egberts et al., 2022; Mosher, Danoff-Burg, & Brunker, 2006).

Em linha com a importância das relações familiares no processo de doença. Se focarmos na perspectiva da influência que o estilo de vinculação exerce no processo de adaptação das famílias é evidente, conforme relatado na literatura científica (Özpolat et al., 2014), ainda que as evidências específicas sobre o impacto que os estilos de vinculação exercem na resiliência e no crescimento pós-traumático sejam escassas. Em relação ao estilo de vinculação, observou-se que estes marcam significativamente o crescimento pós-traumático. Famílias com estilo ansioso/ambivalente apresentaram os maiores índices de crescimento pós-traumático, seguidas pelas com estilo seguro, sendo que as com estilo evitante mostraram os índices mais baixos. Esta tendência sugere que o estilo de vinculação tem um papel importante na forma como os familiares experienciam e processam o crescimento após o trauma. Mas, a resiliência manteve-se estável independentemente do estilo de vinculação, não se registando variações significativas associadas a este elemento.

Configurações conceituais (Morris et al., 2020) têm explorado a interação entre variáveis clínicas que têm uma conexão com a resiliência e o crescimento pós-traumático em que (a) a resiliência e o Crescimento Pós-Traumático são significativamente maiores em indivíduos que convivem com o diagnóstico há mais de um ano, comparados aos que estão na fase inicial (inferior a um ano). Esse aumento na resiliência e no Crescimento Pós-Traumático após o primeiro ano pode ser associado ao processo de adaptação e ao tempo que permite que familiares desenvolvam estratégias de *coping* mais eficazes e mecanismos de suporte social mais robustos; (b) O falecimento de um ente querido

impacta diretamente as dificuldades de adaptação. Esses indivíduos apresentam, em geral, maiores níveis de *stress* pós-traumático e sinais de luto desadaptativo. As dificuldades enfrentadas por familiares enlutados são mais pronunciadas, indicando a necessidade de intervenções psicológicas específicas, especialmente dirigidas aos filhos e famílias que vivenciaram a perda. Em contraste, familiares de doentes oncológicos que não faleceram tendem a demonstrar maior capacidade de adaptação, resiliência e crescimento pós-traumático, pois, mesmo diante da adversidade, conseguem encontrar um sentido positivo e desenvolver estratégias de *coping* que promovem o Crescimento Pós-Traumático. No entanto no presente estudo não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ao nível da Resiliência e Crescimento Pós-Traumático face ao tempo de diagnóstico e face ao estado de saúde atual do familiar portador(a) de doença oncológica.

Em desfecho e em consonância com as explorações teóricas, já previamente detalhadas, os familiares experienciam níveis de depressão e ansiedade superiores aos dos próprios pacientes (Lim, Kim & Lee, 2013), uma angústia mais intensa, evidenciando a necessidade de apoio e suporte contínuo ao longo da trajetória de doença (Lavallée, Grogan & Austin, 2019), destacando a necessidade breve de abordagens mais centradas na família (Areia, Fonseca & Major & Relvas, 2019) e de programas de intervenção psicológica que incluam os familiares, afim de melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos (Charos et al., 2023), traduzindo a doença em vulnerabilidade. A doença, nas suas múltiplas formas e manifestações, vai além de um simples estado físico alterado ou de um diagnóstico médico. Ela revela, na verdade, uma condição de vulnerabilidade, expondo as fraquezas e as limitações que são inerentes ao ser humano. Sempre que traduzimos a doença em vulnerabilidade, estamos a reconhecer os impactos negativos de uma enfermidade que se estende não apenas o corpo, mas também o emocional, o social e o psicológico do indivíduo. A vulnerabilidade constitui, assim, uma limitação intrínseca desta pesquisa, considerando que o tema do cancro (Green, 2023; Pearlman, 2024; McIlpatrick, Sullivan & McKenna, 2006) pode evocar emoções intensas e experiências pessoais, desencadeando um profundo impacto emocional e psicológico e pelas suas particularidades e complexidades, a sua exploração pode conduzir a questões delicadas e pessoais, que tornam o tema particularmente sensível e delicado, o que significa que - trabalhar o cancro, é trabalhar vulnerabilidade humana. Somado a isso, estudar populações mais vulneráveis – os familiares de doentes oncológicos – que frequentemente enfrentam desafios psicológicos significativos (Møller et al., 2023; Gregersen et al.,

2019; Segrin et al., 2018; Liu et al., 2018; Figueiredo et al., 2017), a sua alta sensibilidade e/ou emotividade podem influenciar as respostas obtidas, potencialmente subestimando ou superestimando determinados aspetos da experiência vivida, mas também a sua participação em investigações pode ser emocionalmente desgastante e levar à desistência ou comprometer a representatividade da amostra. Face a este cenário, este estudo e os resultados que lhes são inerentes devem ser lidos à luz das especificidades da população estudada e serem vistos e interpretados com maior atenção.

É ainda importante refletir que grande maioria dos estudos sobre o impacto do cancro na família tem utilizado metodologias quantitativas (Teixeira & Pereira, 2011) e embora esta metodologia contribua para o corpo de conhecimentos em aspetos importantes, é inegável na literatura que a sua contribuição é limitada, ou seja, pode não capturar a complexidade emocional e as nuances das experiências individuais da doença, na sua exploração em profundidade e plenitude, que nos conduz à compreensão de como a doença é vivida por cada indivíduo, que muitas vezes é influenciada por fatores emocionais, sociais e espirituais (e.g., Salci & Marcon, 2011), que não são facilmente quantificáveis, como o descobrir a doença e o impacto emocional do diagnóstico, perceber as mudanças e ter de conviver com o cancro, por meio dos *insights* que a abordagem qualitativa nos podia fornecer (Abusabha & Woelfel, 2003). Em contraste, estudos quantitativos focam-se apenas em estudar diferenças entre grupos ou indivíduos (Teixeira & Pereira, 2011).

O presente estudo apresenta **algumas limitações**, que se refletem em três domínios: desenho da investigação, participantes, e instrumentos/procedimento de recolha de dados. Considerando o desenho da investigação, importa mencionar, primeiro, que a sua natureza transversal impede a inferência de relações causais (Wunsch, Russo & Mouchart, 2010). Segundo, embora o estudo na área da oncologia nas famílias detenha importante valor intrínseco (Lavallée, Grogan & Austin, 2019), existe literatura que aponta para que as variáveis de resiliência e crescimento pós-traumático possuam diferentes correlatos, mas também que sejam suscetíveis ao efeito de outras variáveis sociodemográficas e clínicas e que permitam caracterizar o processo de adaptação e as respostas à doença (Ata, Dönmez & Pörücü, 2023), havendo um número limitado de estudos sobre a relação entre estes conceitos.

No que diz respeito aos participantes, em primeiro lugar, a utilização de um método de amostragem não probabilística, por definição, não permite garantir a obtenção

de uma amostra representativa ou de resultados extrapoláveis para o universo considerado (Marôco, 2021; cf. Jager, Putnick & Bornstein, 2017) e, embora a amostra do estudo espelhar adequadamente a população de familiares de doentes oncológicos, pode haver questões que limitem a sua generalizabilidade a este universo. Por fim, em relação aos instrumentos/procedimento de recolha de dados, sublinha-se, em primeiro lugar, o facto de os instrumentos utilizados por meio de questionários (à exceção da Ficha de Dados Clínicos) assentarem exclusivamente no autorrelato que permite aos participantes partilharem as suas próprias perceções pessoais ou opiniões, que se encontra sujeito a vieses de resposta (Liu et al., 2017), uma vez que, nós não realizamos diagnósticos nem nos baseamos na interpretação em diagnósticos médicos. Seguindo essa lógica, os dados devem ser entendidos como as suas perspetivas e a sua visão sobre si mesmos, que refletem sobre o que sentem ou pensam sobre certos assuntos, e não um diagnóstico formal dado por especialistas e, é assim que estes devem ser interpretados. Em particular, o forte estigma em torno dos fenómenos da doença oncológica e do seu processo muito singular de adaptação, pode levar a que indivíduos com familiares portadores de cancro apresentem uma menor probabilidade de os identificar quando questionados de forma direta (Mazlumi, Parsamehr & Zare-Shahabadi, 2024). Em complemento, embora o nosso estudo procure compreender as diferenças nos níveis de crescimento pós-traumático e resiliência entre indivíduos que têm familiares com doença oncológica e pessoas que não passaram por essa experiência, é importante reconhecer que a ausência de exploração de experiências traumáticas prévias nos participantes que não têm familiares doentes, também pode ser considerada uma limitação na presente investigação, porque pode limitar as nossas conclusões, uma vez que estas experiências não relatadas podem influenciar significativamente os seus níveis de resiliência e crescimento pós-traumático, refletidos nos resultados do nosso estudo.

### **Conclusão**

Como conclusão, pode dizer-se que o presente estudo vem, antes de mais, reafirmar o papel de características psicológicas, como a resiliência e o crescimento pós-traumático, no processo de adaptação ao cancro, que enquanto evento ameaçador provoca um grande impacto na vida das famílias, que para além de uma adversidade, pode ser considerada em simultâneo, uma experiência potencialmente traumática. Em

contrapartida, nem todos os indivíduos expostos a uma adversidade como o cancro, que lhes causa dor emocional e mental, conseguem despertar transformações interiores e construtivas do *eu*. Por meio dos resultados obtidos, foi possível identificar níveis de *distress* ou sintomas depressivos, que refletem o impacto que a vivência do cancro tem na saúde mental das pessoas, desencadeando um elevado sofrimento. Mas, as complexidades do trauma podem enfraquecer momentos de *insight* importantes para si mesmos em relação à sua evolução pessoal e, nessas circunstâncias não ser impulsionador de superação e desenvolvimento pessoal, assim como, de uma redefinição de prioridades e objetivos de vida. A natureza dos resultados transmite implicações de relevo para atuar no ponto de vista da prevenção e intervenção, junto destes indivíduos com experiência de doença oncológica na família, balanceando as mudanças negativas sentidas com os benefícios pessoais e familiares. Simultaneamente, é importante promover respostas e reações emocionais que permitam integrar e estruturar a experiência do cancro e, com isso alcançar um equilíbrio entre a ameaça repercutida pela doença, que os guia em direção à adaptação e potenciar o desenvolvimento de resiliência e crescimento pós-traumático. Em primeiro lugar, salienta-se a necessidade de efetuar uma avaliação cuidada de *distress* e sintomas depressivos que permitem caracterizar o trauma experienciado. Em segundo lugar, enfatizam que cumpre promover uma consciencialização emocional (veja-se, Moosivand et al., 2024) nos familiares, não centrando os esforços clínicos apenas no tratamento de sinais e sintomas visíveis expressados, embora não se deixe de configurar como um objetivo terapêutico pertinente. Em última instância, indicam ser crucial viabilizar o desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas, designadamente de cariz ativo (Fetsch et al., 2016), que lhes permitem gerir, de forma eficaz a experiência de cancro, que se constitui como fonte de sofrimento psíquico e psicológico. Descrevem inferências que necessitam de investigação empírica continuada, especialmente em relação às famílias.

### **Implicações para a Prática Clínica e Estudos Futuros**

Este estudo contribui significativamente para colmatar três lacunas importantes na literatura existente, nomeadamente a escassez de investigações focadas nos familiares de doentes oncológicos. Enquanto a maioria se concentra nos próprios doentes, há uma insuficiência de estudos dedicados ao impacto da doença nos familiares, que

desempenham simultaneamente um papel crucial durante toda a trajetória de viver com cancro. Estas lacunas intensificam-se não só pela ausência de muitas investigações da Psicologia direcionados para esta população, mas que integrem e analisem as variáveis de resiliência e de crescimento pós-traumático, no qual se dedicou o presente estudo. Torna-se, assim, necessário aprofundar o impacto psicológico e emocional, mas também a compreensão dos processos de adaptação e enfrentamento destas famílias. Seria interessante, explorar, por exemplo, a perspectiva dos filhos em relação ao cancro materno ou paterno, ou de outros familiares que também sofrem com a doença. Este estudo sublinha a urgência de conduzir mais investigações que incluam os familiares de doentes oncológicos, ao nível da Psicologia Clínica, considerando que a literatura existente é escassa e ainda direcionada principalmente aos próprios pacientes.

As pessoas que se dedicam à prestação informal de cuidados são principalmente os familiares, parentes, amigos ou vizinhos dos doentes (Molassiotis & Wang, 2022), que prestam apoio físico, emocional, social e financeiro para satisfazer as complexas necessidades de cuidados dos doentes com cancro sem qualquer compensação. Estas tarefas exigentes podem prejudicar a sua própria saúde e bem-estar, e podem também influenciar os resultados da prestação de cuidados oncológicos e, são muito mais vulneráveis do que as pessoas que não prestam cuidados. Ser cuidador informal tem perdido espaço para a doença em si, não sendo encarada de forma tão importante e não sendo proporcional o seu reconhecimento em relação a esta. O estatuto e legislação do cuidador informal (Lei nº100/2019) constitui a expressão jurídica de uma medida de política social, que lhes reconhece o seu papel crítico e que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelece as respetivas medidas de apoio, que foi recentemente revisto e atualizado (Lei nº 20/2024). O que sublinha que a nova geração de políticas desperta para a perspectiva de os cuidados prestados pelo cuidador familiar começarem a ser pagos, de modo a valorizar o trabalho de “cuidar” efetuado dentro da família.

Desde 2013, a Organização Mundial de Saúde, todos anos define um *slogan* para o Dia da Saúde Mental e, em particular neste ano de 2024 (World Health Organization [WHO], 2024), o foco é a valorização da saúde mental em contextos de trabalho. Estes familiares, enquanto cuidadores informais, atendo que está estipulada e legislada a sua “profissão” remunerada. Em coincidência, a Organização Mundial de Saúde alerta para a saúde mental no trabalho e, em particular pode-se subentender a saúde mental dos

cuidadores e do trabalho dedicado ao *cuidar*, refletindo sobre a prática de “*cuidar de quem cuida*”. E por isso, importa para promover a saúde mental dos cuidadores, com recurso ao aumento do número de psicólogos que apoiem e estejam na retaguarda destes cuidadores, assim como, proporcionar ações de formação para estes indivíduos, sempre promovendo maior saúde mental e equilíbrio destes familiares cuidadores.

A literacia em cancro (Pedro, Amaral & Escoval, 2016) é essencial para facilitar a adoção de comportamentos preventivos e permitir que os indivíduos tomem decisões bem informadas que contribuam para um estilo de vida mais saudável. Este conceito tem ganhado destaque na agenda europeia, sendo abordado em diversas publicações oficiais, como o *White Paper Together for Health* da Comissão Europeia (2007). Em Portugal, a promoção da literacia em saúde também tem sido uma prioridade nas políticas públicas (Despacho n.º 13227/2023), mas também como evidenciado no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Ordem dos Médicos Dentistas, 2010). Em todo o caso, é notório a existência de lacunas na compreensão dos fatores de risco de cancro, modificáveis e não modificáveis, entre os estudantes universitários. Sempre que começamos a trabalhar estes temas de forma precoce, possibilitamos que as crianças e adolescentes cresçam com uma base sólida de entendimento sobre o seu corpo, alimentação, higiene, saúde mental e prevenção de doenças. A educação para a saúde, ao desenvolver programas de sensibilização eficazes, que promovam nos cidadãos uma maior proximidade e familiaridade com o tema das doenças oncológicas, fomentando um conhecimento mais profundo sobre o tema e espelhando proatividade e envolvimento nas diferentes esferas da prevenção do cancro, aliadas ao destaque e relevância que a saúde mental tem neste processo.

Sublinha-se, assim, que é essencial que a literacia em cancro assuma um papel central e deve ser promovida como uma competência transversal, que permeia e enriquece fragmentos do conhecimento e, que integrem diversas disciplinas além das ciências da saúde e, como exemplo ilustrativo, pode-se estender às ciências sociais e humanas, não somente numa perspetiva de compreensão técnica e científica sobre a doença, mas também com o propósito de estimular e fortalecer o conhecimento e a responsabilidade social dos estudantes, para a formação de pessoas mais conscientes e comprometidas com a saúde pública. A escola é vista como, um ambiente propício para a educação em saúde, uma vez que está inserida em todas as dimensões da aprendizagem e pode servir como um espaço para a troca de experiências e construção de conhecimento (Santos, Filho,

Garbin, 2016). A implementação de programas de educação em saúde nas escolas deve ser feita de forma colaborativa, envolvendo educadores, profissionais de saúde e a comunidade, para garantir que as informações sejam culturalmente relevantes e acessíveis (Silva et al., 2024). No fundo, cabe às instituições escolares e acadêmicas, a construção, o planejamento e a implementação de *workshops* e projetos multidisciplinares focados na saúde, desenvolvendo o sentido de responsabilidade destes jovens estudantes, para alcançar a construção de uma sociedade mais consciente e participativa, capaz de responder de forma eficaz aos desafios colocados pelo cancro.

A formação de psicólogos, tanto na fase inicial, ou seja, durante a licenciatura e mestrado como ao longo da sua carreira, na sua formação contínua também se apresenta como uma área que carece de atenção. É imprescindível que os currículos universitários contemplem de maneira mais robusta as particularidades da oncologia e da psico-oncologia, que constitui uma lacuna que precisa ser urgentemente colmatada. Exemplo disso é a falta de disciplinas específicas sobre esses temas em muitas universidades, o que limita a capacidade dos profissionais de atenderem adequadamente essa população. Neste sentido, é fundamental que os futuros psicólogos adquiram as competências necessárias para lidar com as especificidades deste campo. A inclusão de módulos ou disciplinas sobre oncologia nos cursos de Psicologia não só ampliaria o conhecimento técnico, mas também promoveria uma atuação e intervenção mais eficaz e humanizada, permitindo-lhes compreender as necessidades tanto dos pacientes quanto dos seus familiares. Esta formação contínua é essencial, uma vez que os psicólogos têm um papel central no acompanhamento emocional de todos os envolvidos no processo oncológico.

Adicionalmente, as implicações para a prática clínica reforçam a necessidade de um olhar mais sensível sobre o contexto familiar dos doentes oncológicos. A família desempenha um papel central não só no suporte emocional ao paciente durante toda a trajetória de doença, mas também como cuidadora, estando muitas vezes sujeita a um elevado nível de desgaste emocional e físico. Desta forma, é imperativo que os psicólogos estejam preparados para identificar e intervir nas dificuldades psicológicas dos cuidadores, promovendo o seu bem-estar e qualidade de vida e em simultâneo prevenir possíveis efeitos e consequências que possam vir a comprometer a qualidade do cuidado oferecido por estes. Um exemplo de negligência que precisa ser abordado é a perspetiva dos filhos de doentes oncológicos, que muitas vezes são esquecidos no processo. A experiência de ver um dos pais adoecer pode ser devastadora, exigindo uma intervenção

psicológica apropriada para ajudar estas pessoas a lidar com a situação de forma adequada.

No contexto da intervenção psicológica, em termos clínicos, torna-se fulcral conhecer as necessidades da família, sempre que confrontados com o diagnóstico de doença oncológica, para que seja exequível a criação de programas de intervenção psicológica especializados a esta situação, de forma que se fortaleçam e desenvolvam novas formas de se relacionar e lidar com as adversidades, mas também de potenciar a perceção de crescimento individual após a doença oncológica. Na sua singularidade, os resultados supracitados possibilitam desenvolver intervenções psicológicas que estimulem a expressão emocional e que se procurem explorar as suas necessidades face à doença e que são experienciadas por muitas famílias. É importante que se trabalhe para que o acesso aos serviços de ajuda psicológica seja mais simples e facilitado, de forma a prevenir problemas e preocupações emocionais, cognitivas e comportamentais nestes familiares face ao diagnóstico de doença oncológica (Tozer, Stedmon & Dallos, 2018).

Em conexão com isso, sublinha-se a importância de articular com os diversos sistemas de cariz institucional e social, para facilitar o processo de adaptação familiar ao cancro e a esta realidade, integrando o desenvolvimento de programas psicoeducacionais e a possibilidade de estruturar possíveis estratégias em resposta à crise instaurada pela doença no(s) familiar(es). Estas intervenções podem ser construídas com a finalidade de facilitar e intensificar o desenvolvimento de Resiliência e de Crescimento Pós-Traumático, mas também de integração da experiência de cancro e do trauma vivido na sua narrativa de vida e a promoção do ajustamento psicossocial. Em virtude, os clínicos deveriam estar a par dos potenciais efeitos positivos nos pacientes e familiares, face a situações de trauma e adversidade e, essas mudanças positivas podem servir como um ponto de partida para um posterior trabalho terapêutico e trazer esperança de que o problema pode ser ultrapassado (Calhoun & Tedeschi, 1999; Linley & Joseph, 2004).

Embora o estudo não tenha sido inicialmente planeado com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (BCSD Portugal, 2022) como foco principal, mas alinha-se com a Agenda 2030 adotada por todos os Estados-Membros das Nações Unidas em 2015, que promove uma saúde mental inclusiva e um suporte psicossocial robusto em contextos de doença grave, aspetos críticos para alcançar uma sociedade mais saudável e equitativa. Em primeiro lugar, ao abordar a valorização dos cuidadores e familiares de doentes oncológicos, contribui diretamente para o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar),

promovendo uma rede de cuidado mais sólida e eficiente para estas famílias que sofrem com o cancro, ampliando o acesso ao suporte e cuidados necessários. Algumas das implicações práticas mencionadas estão alinhadas com o ODS 4 (Educação de Qualidade), ao promover a educação e conscientização sobre essa problemática, favorecendo a inclusão de informações essenciais sobre cuidados e saúde no contexto familiar e contribuindo para a formação de profissionais. A abordagem deste estudo tem ainda implicações para o ODS 10 (Redução das Desigualdades), uma vez que, lança luz sobre a importância de apoio psicológico acessível a todos os familiares e não só apenas direcionado para o doente. De forma complementar é importante a valorização desta problemática nas políticas de saúde e na promoção da saúde destas famílias afetadas por doença oncológica, que são muitas vezes “invisíveis” sempre que se pensa em todo o processo de doença. O reforço de políticas públicas direcionadas para o apoio aos cuidadores e familiares de doentes com cancro seria essencial para garantir um suporte mais abrangente, que vá para além das intervenções individuais e clínicas, promovendo uma rede de cuidado mais sólida e eficiente para essas famílias.

Por fim, uma sugestão prática que poderia ser implementada pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) seria a criação de um *e-book* contendo orientações e diretrizes para ajudar tanto os pacientes quanto os seus familiares e os profissionais de saúde a lidarem com o cancro, os tipos de ajuda disponíveis nas mais diversas instituições de saúde e contemplar também os direitos de todos os intervenientes. Ferramentas como folhetos explicativos e *guidelines* são recursos importantes que podem melhorar a disseminação de informações essenciais e o apoio a todos os envolvidos, facilitando a jornada de viver com a doença. Essas medidas simples podem ter um impacto significativo na melhoria dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde (a quem podem também ser dirigidos) e na qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares, que serão os principais destinatários.

Sugere-se, assim, a realização de **estudos futuros** que: (a) sejam operacionalizados de forma longitudinal (fulcral no exame da existência de relações de causalidade, assim como da respetiva direção) e se insiram de forma a compreender desde que é detetado um cancro, para ver a evolução ao longo de cinco anos, seguindo um grupo de familiares de doentes oncológicos, de forma geral ou especificando o grupo de familiares em estudo; (b) empreguem métodos de amostragem probabilística ou, na impossibilidade de tal efetuar, recorram a triangulação de procedimentos de amostragem, validação cruzada ou generalização de validade, abrangendo, em qualquer dos casos, um

*N* mais elevado, de forma a contemplar uma maior diversidade de características da população em apreço (e.g., uma maior variedade de familiares de doentes oncológicos)  
(c) replicar este estudo em outras idades para poder comparar possíveis diferenças.

## Referências Bibliográficas

- Abusabha, R., & Woelfel, M. L. (2003). Qualitative vs quantitative methods: Two opposites that make a perfect match. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 103(5), 566.
- Adamcheski, L., & Tureck, F. (2023). O impacto da religiosidade e da espiritualidade no cuidado do paciente oncológico: uma revisão integrativa da literatura. *Revista De Medicina UNC*, 2, 24–41. <https://doi.org/10.24302/rmedunc.v2.4722>
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Alarcão, M. (2006). *(Des) equilíbrios familiares: Uma revisão sistémica*. (3a ed.). Coimbra: Quarteto.
- Albuquerque, P. M. L., Pimpão, M. F. D., Oliveira, R. C. M., & Lima, T. S. U. (2016). Oncological Patient in Palliative Care: The Perspective Of The Family Caregiver. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 10(5).
- Algar, M.J.M. & García, P.B. (2016). Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer. *Psiconcología*. 13, 227-248. Doi: 10.5209/PSIC.54434
- Almeida, M., Ramos, C., Maciel, L., Basto-Pereira, M., & Leal, I. (2022). Meaning in life, meaning-making and posttraumatic growth in cancer patients: Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 13, 995981.
- Ambrósio, D.C.M., Santos, M.A. (2011) Vivências de Familiares de Mulheres com Câncer de Mama: Uma Compreensão Fenomenológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*; 27(4):475-484.
- Ambrosio, L., Senosiain García, J.M., Riverol Fernández, M., Anaut Bravo, S., Díaz De Cerio Ayesa, S., Ursúa Sesma, M.E., Caparrós, N., & Portillo, MC (2015). Living with chronic illness in adults: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17-18), 2357-2367.

- American Cancer Society. (2018) *Breast Cancer*. Retirado de <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer.html>
- American Psychiatric Association. (2004). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andrade F & Fonte C. (2017) Significados da doença, morte e perdão em mulheres com Cancro da mama. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 19(1): 65-80. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-1.sdmp>
- Ang, W. R., Ang, W. H. D., Cham, S. Q. G., Mel, S., Chew, H. S. J., & Devi, M. K. (2023). Effectiveness of resilience interventions among cancer patients—A systematic review, meta-analyses, and meta-regression of randomized controlled trials. *European Journal of Oncology Nursing*, 102446.
- Arambasic, J., Sherman, K. A., Elder, E. & Breast Cancer, N. A, (2019). Attachment styles, self-compassion, and psychological adjustment in long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 28, 1134–1141. <https://doi.org/10.1002/pon.5068>.
- Areia, N. P., Fonseca, G., Major, S., & Relvas, A. P. (2019). Psychological morbidity in family caregivers of people living with terminal cancer: Prevalence and predictors. *Palliative & Supportive Care*, 17(3), 286-293.
- Armsden G., Lewis F. (1993). The child's adaptation to parental medical illness: Theory and clinical implications. *Patient Educational Counseling*, 22, 153–163.
- Ata, E., Dönmez, E., & Pörücü, C. (2023) Resilience, Post-Traumatic Growth, Depression, and Anxiety in Cancer Patients. *WCRJ*; 10: e2513
- Baenziger, J., Roser, K., Mader, L., Ilic, A., Sansom-Daly, U. M., O von Bueren, A., Tinner, E. M. & Michel, G. (2024). Post-traumatic growth in parents of long-term childhood cancer survivors compared to the general population: A report from the Swiss childhood cancer survivor study—Parents. *Psycho-Oncology*, 33(1), e6246.

- Baqutayan, S.M. (2019) How can anxiety be better managed? Depression, anxiety, and coping mechanisms among cancer patients. *WCRJ*; 6: e1350
- Bastos, M., & Costa, M. (2005). A influência da vinculação nos sentimentos de solidão nos jovens universitários: Implicações para a intervenção psicológica. *Psicologia*, 18(2), 33-56. <http://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v18i2.429>
- BCSD Portugal (2022). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)*. Retirado de <https://ods.pt/>
- Benites, A. C., Neme, C. M. B., & Santos, M. A. D. (2017). Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Estudos de Psicologia (campinas)*, 34(2), 269-279.
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Koenen, K. C. (2016) The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med*, 46(2), 327-343. doi: 10.1017/S0033291715001981
- Berardi, R., Morgese, F., Rinaldi, S., Torniai, M., Mentrasti, G., Scortichini, L., & Giampieri, R. (2020). Benefits and Limitations of a Multidisciplinary Approach in Cancer Patient Management. *Cancer Management and Research*, 12, 9363–9374. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S220976>
- Berman, W. H., & Sperling, M. B. (1994). The structure and function of adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults – clinical and developmental perspectives* (pp. 3-28). New York: Guildford Press.
- Best M, Aldridge L, Butow P, Olver I, Webster F. 2015. Conceptual analysis of suffering in cancer: a systematic review. *Psychooncology*; 24:977–986. doi: 10.1002/pon.3795
- Bidarra, A. P. (2010). *Vivendo com a Dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Dissertação de Mestrado.
- Biganzoli, L. (2009). Prognostic and predictive factors. *Adjuvant Therapy for Breast Cancer*, 13-30.

- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the Face of Potential Trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 135–138. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x>
- Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity – trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience: Annual Research Review – Positive adjustment to adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 378-401. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181–186
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A., & Vlahov, D. (2007). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181-186
- Bookwala, J. (2014). Spouse health status, depressed affect and resilience in mid and late life: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 50(4), 1241–1249. [10.1037/a0035124](https://doi.org/10.1037/a0035124)
- Bottaro, R., Faraci, P. (2022) The influence of socio-demographics and clinical characteristics on coping strategies in cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer* 30, 8785–8803. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07267-0>
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss*. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*. Vol. 2: Separation. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: II. Some principles of psychotherapy: The Fiftieth Maudsley Lecture (expanded version). *The British Journal of Psychiatry*, 130(5), 421-431.

- Bowlby J. (1979). *The Making & breaking of affectional bonds*. Tavistock
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. Vol. 3: *Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American journal of psychiatry*, 145(1), 1-10.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Arte Médicas.
- Bowlby, J. (1990). *A secure base. Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424
- Cal, S. F., Sá, L. R., Glustak, M. E., & Santiago, M. B. (2015). Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology*, 2(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2015.1024928>
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13(3), 521-527.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth. A Clinician's Guide*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2014). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In *Handbook of posttraumatic growth* (pp. 3-23). Routledge.
- Camargo, M. J., Santos, R. D. J., Santos, L. L. D., Talhaferro, B. V., Carniel, A. M., & Vianna, A. M. S. D. A. (2020). Mulheres diagnosticadas com câncer de mama: impacto do crescimento pós-traumático. *Mudanças*, 28(1), 17-26.
- Cann A, Calhoun L.G., Tedeschi R.G. (2010). The Core Beliefs Inventory: a brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, Stress Coping*. 0;23(1):19–34. doi:10.1080/10615800802573013.

- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 7(1), 8-18. <https://doi.org/10.25752/psi.4007>
- Carvalho, C.S.U. (2008) A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 54(1):87-96.
- Charos, D., Andriopoulou, M., Lykeridou, K., Deltsidou, A., Kolokotroni, P., & Vivilaki, V. (2023). Psychological effects of breast cancer in women and their families: A systematic review. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 18(2), 1263-1279.
- Chiquelho, R., Neves, S., Mendes, A., Relvas, A. P., & Sousa, L. (2011). proFamilies: a psycho-educational multi-family group intervention for cancer patients and their families. *European Journal of Cancer Care*, 20(3), 337-344.
- Cho, D., & Park, C. L. (2013). Growth following trauma: Overview and current status. *Terapia Psicológica*, 31(1), 69-79.
- Chumdaeng, S., Soivong, P., Sethabouppha, H., & Chontawan, R. (2020). Health problems among breast cancer survivors after completing conventional treatments: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 22, 436 - 444 <https://doi.org/10.1111/nhs.12678>
- Clark, J. N. (2024). Post-traumatic growth, resilience and social-ecological synergies: some reflections from a study on conflict-related sexual violence. *Social Sciences*, 13(2), 104.
- Collière, M.F. (2003). *Cuidar... A primeira arte de vida*. 2ª ed. Loures. Lusociência.
- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment relationships, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-683.
- Comissão Europeia. (2024). Doenças não transmissíveis: Cancro. [Online]. Disponível em: [https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer\\_pt](https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer_pt)

- Connor, K. (2006). *Assessment of Resilience in the Aftermath of Trauma* (vol. 67 Suppl 2).
- Cook, S.A.; Salmon, P.; Hayes, G.; Byrne, A. & Fisher, P.L. (2018). Predictors of emotional distress a year or more after diagnosis of cancer: A systematic review of the literature. *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 27 (3), 791-801. Doi: 10.1002/pon.4601
- Cooper, K., Campbell, F., Harnan, S., & Sutton, A. (2023). Association between stress, depression or anxiety and cancer: Rapid review of reviews. *Comprehensive Psychoneuroendocrinology*, 100215.
- 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.
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet. Psychiatry*, 4(4), 330–338. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30014-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30014-7)
- Coyne, E., Dieperink, K. B., Østergaard, B., & Creedy, D. K. (2017). Strengths and resources used by Australian and Danish adult patients and their family caregivers during treatment for cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.05.005>
- Crowell, J., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications* (pp. 434-465). New York: Guildford Press.
- Cruickshank, S.; Steel, E.; Fenlon, D.; Armes, J.; Banks, E.; Humphris, G. (2019). Specialist breast cancer nurses' views on implementing a fear of cancer recurrence intervention in practice: a mixed methods study. *Supportive Care in Cancer*. 28, 201-210
- Cui, P., Shi, J., Li, S., Getu, M. A., Wang, R., & Chen, C. (2023). Family resilience and its influencing factors among advanced cancer patients and their family caregivers: a multilevel modeling analysis. *BMC cancer*, 23(1), 623.

- Daneshpour, M. (2017). Examining family stress: theory and research. *Quarterly of Clinical Psychology Studies*, 28(7), 1-7.
- Desseilles, M., Grosjean, B., & Perroud, N. (2014). Manuel du borderline. Eyrolles.
- Deshields, T. L., Asvat, Y., Tippey, A. R., & Vanderlan, J. R. (2022). Distress, depression, anxiety, and resilience in patients with cancer and caregivers. *Health Psychology*, 41(4), 246.
- Diário da República. (2023). Despacho n.º 13227/2023. Diário da República, 2.ª série, n.º 195, 10 de outubro de 2023. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13227-2023-835712442>
- Draeger, D. L.; Sievert, K.D.; Hakenberg, O. W. (2018). Analysis of psychosocial stress factors in patients with renal cancer. *Therapeutic Advances in Urology*. 10 (6), 175-182. Doi: 10.1177/1756287218754766
- Duan, W. (2016). Mediation role of individual strengths in dispositional mindfulness and mental health. *Personality and Individual Differences*, 99, 7–10. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.078>
- Duarte, S. (2002). *Saberes de Saúde e de Doença*. Coimbra: Quarteto.
- Dudeck, M., Drenkhahn, K., Spitzer, C., Barnow, S., Kopp, D., Kuwert, P., Freyberger, H. J. & Dünkler, F. (2011). Traumatization and mental distress in long-term prisoners in Europe. *Punishment & Society*, 13(4), 403-423.
- Duran, S., Varol, U., Tekir, Ö., & Soytürk, A. H. (2024). Resilience's impact on quality of life and post-traumatic growth in breast cancer patients during treatment. *Breast Cancer*, 1-8.
- Dusek, G., Yurova, Y., & Ruppel, C. P. (2015). Using social media and targeted snowball sampling to survey a hard-to-reach population: A case study. *International Journal of doctoral studies*, 10, 279.
- Egberts, M. R., Verkaik, D., van Baar, A. L., Mooren, T. T., Spuij, M., Paauw-Telman, L. G., & Boelen, P. A. (2022). Child posttraumatic stress after parental cancer:

- associations with individual and family factors. *Journal of Pediatric Psychology*, 47(9), 1031-1043.
- Ellegaard, M.B.; Grau, C., Zachariae, R. & Jensen, A.B. (2017). Fear of cancer recurrence and unmet needs among breast cancer survivors in the first five years. A crosssectional study. *Acta Oncológica*. 56(2), 314-320
- Erkoreka, L., Zumarraga, M., Arrue, A., Zamalloa, M., Arnaiz, A., Olivas, O., Moreno-Calle, T., Saez, E., Garcia, J., Marin, E., Varela, N., Gonzalez-Pinto, A., & Basterreche, N. (2021). Genetics of adult attachment: An updated review of the literature. *World Journal of Psychiatry*, 11(9), 530-542. <http://dx.doi.org/10.5498/WU.V11.I9.530>
- European Commission. (2007). *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013: White Paper*. OOPEC.
- Fallah, R.; Keshmir, F.; Kashani, F.; Azargashb, E. & Akbari, M.E. (2012). Post-traumatic Growth in Breast Cancer Patients: A Qualitative Phenomenological Study. *Middle East Journal of Cancer*. (3), 35-44
- Feng, B., Hu, X., Lu, W. W., Wang, Y., & Ip, W. Y. (2022). Are mindfulness treatments effective for pain in cancer patients? A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pain*, 26(1), 61-76.
- Fetsch, C. F. M., Portella, M. P., Gomes, J. S., Benett, E. R. R., & Stumm, E. M. F. (2016). Estratégias de coping entre familiares de pacientes oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 62(1), 17-25.
- Figueiredo, T., Silva, A. P., Silva, R. M. R., Silva, J. J., Silva, C. S. O., Alcântara, D. D. F., Souza, L. P. S., Souza, A. A. M. (2017) How can I help? Feelings and experiences of the familiar caregiver of cancer patients. *ABCS Health Sci*.42 (1): 34-9.
- Fivush R., McDermott Sales J. (2006). Coping, attachment, and mother-child narratives of stressful events. *Merrill-Palmer Quarterly*, 52, 126–150.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist*, 18(1), 12-23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>

- Flynn, P. M., Betancourt, H., & Ormseth, S. R. (2011). Culture, emotion, and cancer screening: an integrative framework for investigating health behavior. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 42(1), 79–90. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9267-z>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Fraley, R. C., & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 77-114). New York: Guildford Press.
- Frank, R. C. (2013). Fighting Cancer with Knowledge and Hope. *In Fighting Cancer with Knowledge and Hope*. Yale University Press.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning—An introduction to logotherapy*. New York: Washington Square Press.
- Frankl V. E. (1966). Logotherapy and existential analysis – A review. *American Journal of Psychotherapy*, 20(2), 252–260. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1966.20.2.252>
- Fullerton, D. J., Zhang, L. M., & Kleitman, S. (2021). An integrative process model of resilience in an academic context: Resilience resources, coping strategies, and positive adaptation. *PLoS ONE*, 16(2 February), 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246000>
- George, D., & Mallery, P. (2020). *IBM SPSS Statistics 26 step by step: A simple guide and reference* (16th ed.). Routledge.
- Gilham, J. E., & Seligman, M. E. P. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behavior Research and Therapy*, 37, 163-173.
- Giovannetti, A. M., Brambilla, L., Torri Clerici, V., Antozzi, C., Mantegazza, R., Černiauskaitė, M., & Confalonieri, P. (2017). Difficulties in adjustment to multiple sclerosis: vulnerability and unpredictability of illness in the foreground. *Disability and Rehabilitation*, 39(9), 897–903. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1170212>

- Giulietti, M. V., Vespa, A., Ottaviani, M., Berardi, R., Balercia, G., Arnaldi, G., Gattafoni, P., Fabbietti, P., Rosa, M. D., & Spatuzzi, R. (2019). Personality (at Intrapsychic and Interpersonal Level) Associated With Quality of Life in Patients With Cancer (Lung and Colon). *Cancer Control: Journal of the Moffitt Cancer Center*, 26(1), 1073274819880560. <https://doi.org/10.1177/1073274819880560>
- Goerling, U., & Mehnert, A. (Eds.). (2018). *Psycho-oncology*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6>
- Grassi, L., & Riba, M. (2012). Introducing multicultural psycho-oncology. In L. Grassi & M. Riba, *Clinical Psycho-oncology: An International Perspective* (Cap.1, 3-9). Oxford: John Wiley & Sons.
- Green, C. (2023). The Vulnerable. In *Social Justice Case Studies: Interdisciplinary and Non-Traditional Interdisciplinary Approaches* (pp. 41-51). Emerald Publishing Limited.
- Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2022). Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. *Current opinion in psychology*, 43, 146-150.
- Gregersen, T. A., Birkelund, R., Wolderslund, M., Netsey-Afedo, M. L., Steffensen, K. D., & Ammentorp, J. (2019). What matters in clinical trial decision-making: a systematic review of interviews exploring cancer patients' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 266-278.
- Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (3), 430-445.
- Groarke, A.; Curtis, R.; Kerin, M. (2013). Global stress predicts both positive and negative emotional adjustment at diagnosis and post-surgery in women with breast cancer. *Psycho-oncology*. 22 (1), 177-185
- Guerreiro, D., Brito, B., Batista, JL., & Galvão, F. (2007). Stress Pós-traumático. Os Mecanismos do Trauma. *Acta Med*, 20, 247-354
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524.

- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 797-816.
- Henson, C., Truchot, D., & Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation, 5*(4), 100195.
- Hill, R. (1949). *Families under stress: adjustment to the crisis of war, separation and reunion*. New York: Basic Books.
- Huber, A., Webb, D., & Höfer, S. (2017). The German Version of the strengths use scale: The relation of using individual strengths and well-being. *Frontiers in Psychology, 8*(APR), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00637>
- Hung, Y., Liu, C., Tsai, C., Hung, M., Tzeng, C., Liu, C., & Chen, T. (2013). Incidence and risk of mood disorders in patients with breast cancer s in Taiwan: A nationwide population-based study. *Psycho-Oncology, 22*, 2227-2234.
- Ickovics, J. R., Meade, C. S., Kershaw, T. S., Milan, S., Lewis, J. B., & Ethier, K. A. (2006). Urban teens: Trauma, posttraumatic growth, and emotional distress among female adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 841.
- Infante, F. (2005). A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: Melillo, A.; Ojeda, E. N. S. (Org.). *Resiliência: Descobrimo as Próprias Fortalezas*, pp. 23-38.
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa. (2024). *Alguns tipos de cancro*. <https://www.ipolisb.min-saude.pt/sob-o-cancer/al-ti-de-cancro/>
- International Agency for Research on Cancer. (n.d.). *Cancer Today. Global Cancer Observatory*. Retrieved July 8, 2024, from [https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=population&group\\_populations=0&key=crude\\_rate&types=1&populations=620](https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=population&group_populations=0&key=crude_rate&types=1&populations=620)
- International Council of Nurses (ICN; 2015). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática De Enfermagem*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa.

- Jager, J., Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2017). More than just convenient: The scientific merits of homogeneous convenience samples. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 82(2), 13–30. <https://doi.org/10.1111/mono.12296>
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30-34.
- Janoff-Bulman R: Schema-change perspectives on posttraumatic growth. (2006) In *Handbook of posttraumatic growth: research and practice*. Edited by Calhoun LG, Tedeschi RG. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 81-99.
- Janson P, Willeke K, Zaibert L, Budnick A, Berghöfer A, Kittel-Schneider S, Heuschmann, P. U., Zapf, A., Wildner, M., Stupp, C. & Keil, T. (2022) Mortality, morbidity and health-related outcomes in informal caregivers compared to non-caregivers: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 5864.
- Kahana, E., Kahana, B., Langendoerfer, K. B., Kahana, B., & Smith-Tran, A. (2016). Elderly Cancer Survivors Reflect on Coping Strategies During the Cancer Journey. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, 5(5), 337. <https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000337>
- Kapu, R. S., Boniface, M. A., Zachariah, R. E., Haroon, H. M., & Elshamy, M. M. (2023). Cancer and its Psychological Effects on Families. *Georgian Biomedical News*.
- Kaster, T. S., Sommer, J. L., Mota, N., Sareen, J., & El-Gabalawy, R. (2019). Post-traumatic stress and cancer: Findings from a cross-sectional nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 65, 11-18.
- Kaul, S., Avila, J. C., Mutambudzi, M., Russell, H., Kirchhoff, A. C., & Schwartz, C. L. (2017). Mental distress and health care use among survivors of adolescent and young adult cancer: a cross-sectional analysis of the National Health Interview Survey. *Cancer*, 123(5), 869-878.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., ... & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences

- and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 32(6), 959-976.
- Klopfer, B. (2019). Psychological variables in human cancer. In *Personality Assessment in America* (pp. 58-67). Routledge.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. Scribner.
- Kunnath, A. J., Sack, D. E., & Wilkins, C. H. (2024). Relative predictive value of sociodemographic factors for chronic diseases among All of Us participants: a descriptive analysis. *BMC Public Health*, 24(1), 405. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17834-1>
- Kütmeç Yılmaz, C., & Kara, F. Ş. (2021). The effect of spiritual well-being on adaptation to chronic illness among people with chronic illnesses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 318–325. <https://doi.org/10.1111/ppc.12566>
- Lamiell, J. T. (1995). Rethinking the role of quantitative methods in psychology. In J. A. Smith, R. Harré, & L. Van Langenhove (Eds.), *Rethinking methods in psychology* (pp. 143-162). London, UK: Sage.
- Latif, H., Hussain, F., Rehman, A. U., & Aisha, S. (2024). Role of coping strategies in the association between resilience and posttraumatic growth among cancer patients. *Medical Journal of South Punjab*, 5(01), 95-101.
- Lavallée, J. F., Grogan, S., & Austin, C. A. (2019). Cancer patients' family members' experiences of the information and support provided by healthcare professionals. *Health Education Journal*, 78(4), 416-427.
- Lawrence, E. (2012) The Impact of Chronic Illness on the Family. *IG Living*; 20-25.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Leal, I., & Ribeiro, J. P. (2021). *Psicologia da Saúde*. PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação. Lisboa.
- Leano, A., Korman, M. B., Goldberg, L., & Ellis, J. (2019). Are we missing PTSD in our patients with cancer? Part I. *Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne de Nursing Oncologique*, 29(2), 141–146.
- Lei n.º 20/2024. (2024). Diário da República n.º X/2024, Série I de 08 de Fevereiro de 2024. Recuperado de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/20-2024-840689104>
- Li, W. H. C., Luo, Y. H., Cheung, A. T., Ho, L. K., & Chung, J. O. K. (2022). Paving the way to promote resilience in children with cancer and their families to overcome stress and adversity. *Cancer Nursing*, 45(1), 83.
- Lieberman, M. A., & Fisher, L. (1995). The impact of chronic illness on the health and well-being of family members. *The Gerontologist*, 35(1), 94-102.
- Lim, S. M., Kim, H. C., & Lee, S. (2013). Psychosocial impact of cancer patients on their family members. *Cancer research and treatment: official journal of Korean Cancer Association*, 45(3), 226-233.
- Lin, M., Lo, L. Y., Lui, P. Y., & Wong, Y. K. (2016). The relationship between family resilience and family crisis: An empirical study of Chinese families using family adjustment and adaptation response model with the family strength index. *Journal of Family Psychotherapy*, 27(3), 200-214. doi:10.1080/08975353.2016.1199770
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21
- Liu, M., Harbaugh, A. G., Haring, J. R., & Hancock, G. R. (2017). The effect of extreme response and non-extreme response styles on testing measurement invariance. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 726. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00726>
- Liu, Y., Li, Y., Chen, L., Li, Y., Qi, W., & Yu, L. (2018). Relationships between family resilience and posttraumatic growth in breast cancer survivors and caregiver burden. *Psycho-oncology*, 27(4), 1284-1290.

- Loiselle, K. A., Devine, K. A., Reed-Knight, B., & Blount, R. L. (2011). Posttraumatic growth associated with a relative's serious illness. *Families, Systems, & Health*, 29(1), 64
- Lund, T. (2005). The qualitative-quantitative distinction: Some comments. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49, 115-132. doi:10.1080/00313830500048790 [IF: Scopus ® = 0.465, Q2 – Education]
- Luo, Y., Xu, J., Xie, J., Xiao, P., & Cai, Q. (2024). The mediating role of resilience in the relationship between stress and psychological distress in parents of children with cancer. *Journal of Health Psychology*, 29(4), 266-274.
- Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., & Scholz, U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2160-2168. doi:10.1002/pon.3218
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2017). The Construct of Resilience : A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work Author (s): Suniya S . Luthar , Dante Cicchetti and Bronwyn Becker Published by : Wiley on behalf of the Society for Research in Child Development Stable URL : [http://www.71\(3\), 543–562](http://www.71(3), 543–562).
- Lyubomirsky, S., Sousa, L., & Dickerhoof, R. (2006). The cost and benefits of writing, talking, and thinking about life's triumphs and defeats. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(4), 692-708.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security of infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research* (pp. 66-106). Chicago: University of Chicago Press.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(8), 971–985. <https://doi.org/10.1002/jclp.20283>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8th ed.). ReportNumber.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper

- Mazlumi, O., Parsamehr, M., & Zare-shahabadi, A. (2024). Structural Equation Modeling of the Relationship between Social Stigma of Cancer and Mental Habitus of Cancer among Family Caregivers of Cancer Patients. *The Journal of Toloobehdasht*.
- Mazzotti, E., Serranò, F., Sebastiani, C., & Marchetti, P. (2012). Mother-child relationship as perceived by breast cancer women. *Psychology*, 3(12), 1027-1034. doi:10.4236/psych.2012.312154.
- McCubbin, H., Patterson, J. (1983). The family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation. En H.I. McCubbin, M.B. Sussman y J.M. Patterson (eds.): *Social Stress and the Family* (7-37). New York: Haworth.
- McIlfratrick, S., Sullivan, K., & McKenna, H. (2006). Exploring the ethical issues of the research interview in the cancer context. *European Journal of Oncology Nursing*, 10(1), 39-47.
- Molassiotis, A., & Wang, M. (2022). Understanding and supporting informal cancer caregivers. *Current Treatment Options in Oncology*, 23(4), 494-513.
- Møller, J. J. K., la Cour, K., Pilegaard, M. S., Dalton, S. O., Bidstrup, P. E., Möller, S., & Jarlbaek, L. (2023). Social vulnerability among cancer patients and changes in vulnerability during their trajectories—A longitudinal population-based study. *Cancer Epidemiology*, 85, 102401.
- Monteiro, S., Bártolo, A., Torres, A., Pereira, A., & Albuquerque, E. (2019). Examining the construct validity of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire-9 among college students. *Psicologia*, 33(2), 1-8.
- Monteiro, S., Torres, A., Morgadinho, R., & Pereira, A. (2013). Psychosocial outcomes in young adults with cancer: emotional distress, quality of life and personal growth. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(6), 299-305.
- Moosivand, S., Nazari, O., Shahverdi, A., Gholami, M., Mohammadi, R., & Yarahmadi, S. (2024). Predictors of emotional intelligence among family caregivers of cancer patients: A cross-sectional study. *Cancer Reports*, 7(1), e1943.

- Morris, J. N., Turnbull, D., Martini, A., Preen, D., & Zajac, I. (2020). Coping and its relationship to post-traumatic growth, emotion, and resilience among adolescents and young adults impacted by parental cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 38(1), 73–88. <https://doi.org/10.1080/07347332.2019.1637384>
- Mosher, C. E., Danoff-Burg, S., & Brunner, B. (2006). Post-traumatic growth and psychosocial adjustment of daughters of breast cancer survivors. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 33, No. 3, p. 543). *Oncology Nursing Society*.
- Moshki, M., Khajavi, A., Minaee, S., Vakilian, F., & Hashemizadeh, H. (2020). Perceived benefits of the disease: A qualitative study of patients' experiences of heart failure. *Nursing and Health Sciences*, 22(2), 464–471. <https://doi.org/10.1111/nhs.12682>
- Mostarac, I., Brajković, L. (2022) Life After Facing Cancer: Posttraumatic Growth, Meaning in Life and Life Satisfaction. *J Clin Psychol Med Settings* 29, 92–102 <https://doi.org/10.1007/s10880-021-09786-0>
- Mukherjee, S. (2011). *The emperor of all maladies: a biography of cancer*. Simon and Schuster.
- Mukhlisah, N., & Pudjiati, S. R. R. (2021). Gender Role Discrepancy, Discrepancy Stress, and Family Resilience of Minangkabau Family. *TAZKIYA Journal of Psychology*, 9(2), 97-106.
- Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *The New England Journal of Medicine*. Vol.313, n°4, p.270-273.
- National Cancer Institute [NCI]. (2023). *Cancer prevention interventions available today*. National Institutes of Health. <https://prevention.cancer.gov/news-and-events/infographics/cancer-prevention-interventions-available-today>
- National Cancer Institute [NCI]. (2024a). *Cancer prognosis*. National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/prognosis>
- National Cancer Institute [NCI]. (2024b). *Cancer statistics*. National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>

- National Cancer Institute [NCI]. (nd). *Understanding cancer*. National Institutes of Health.  
<https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding>
- National Comprehensive Cancer Network. (2023). *Distress thermometer* [PDF]. NCCN.  
<https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/distress-patient.pdf>
- Neto, I. (2000) Cuidados Paliativos em pessoas com demência avançada. In: Neto, I. & Barbosa, A., editores. *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 247-266.
- Nettleton, Sarah (2006), *The Sociology of Health and Illness, 2nd Edition*. Cambridge: Polity.
- Nicholls, W., Hulbert-Williams, N., & Bramwell, R. (2014). The role of relationship attachment in psychological adjustment to cancer in patients and caregivers: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 23(10), 1083-1095.
- Northouse, L. L. (1995). The impact of cancer in women on the family. *Cancer Practice*, 3(3), 134-142.
- Nouzari, R., Najafi, S. S., & Momennasab, M. (2019). Post-Traumatic Growth among Family Caregivers of Cancer Patients and Its Association with Social Support and Hope. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 7(4), 319–328.  
<https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.73959.0>
- Ogden, J. (2004). *Para Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, M.; Castro, S.; Almeida, S.; Moutinho, S. (2012). *Cancro, vidas em reconstrução. Uma abordagem psicológica à doença, suas problemáticas e emoções*. Porto: Livpsic
- Ordem dos Médicos Dentistas (2010). Plano Nacional de saúde 2012-2016. *Estratégia de saúde oral em Portugal—um conceito de transversalidade que urge implementar*. Porto: OMD.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP]. (2018). *O Papel da Psicologia e dos Psicólogos nas Doenças Oncológicas*. Lisboa
- Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP]. (2016). *Código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses* (2011, amended effective December 26, 2016).

[https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web\\_cod\\_deontologico\\_p\\_t\\_revisao\\_2016\\_1.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_p_t_revisao_2016_1.pdf)

Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., Weiss, D.S. (2003) Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 129(1):52-73. doi: 10.1037/0033-2909.129.1.52. PMID: 12555794.

Özpolat, A. G. Y., Ayaz, T., Konağ, Ö., & Özkan, A. (2014). Attachment style and perceived social support as predictors of biopsychosocial adjustment to cancer. *Turkish journal of medical sciences*, 44(1), 24-30.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 225-237.

Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia positiva: Uma nova abordagem para antigas questões. *Paideia*, 17(36), 9-20.

Park, C. L. (1998). Stress-related growth and thriving through coping: The roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 54, 267-277.

Park, C. L., Dibble, K. E., Sinnott, S., Sanft, T., & Bellizzi, K. M. (2020). Resilience trajectories of cancer survivors: a meaning-making perspective. In *Navigating life transitions for meaning* (pp. 129-144). Academic Press.

Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 53-73

Patterson, J. M. (1988). Families experiencing stress: I. The Family Adjustment and Adaptation Response Model: II. Applying the FAAR Model to health-related issues for intervention and research. *Family Systems Medicine*, 6(2), 202. doi:10.1037/h0089739.

Patterson, J. M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 349-360. doi:10.1111/j.1741-3737.2002.00349.x.

- Pearlman, W. (2024). Interviewing Vulnerable Populations. *Doing Good Qualitative Research*, 208.
- Pedras, S., Ferreira, D., & Pereira, M. G. (2016). Modelos teóricos sobre o processo de adaptação à doença. Em Climepsi Editores, *Caleidoscópio de Olhares em Psicologia Oncológica: Teoria e Intervenção*.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi editores.
- Pereira, M. G. & Matos, P. (2002); Áreas de intervenção na doença oncológica; *In: Pereira, M. G., Lopes, C.; O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores: p.15-25
- Pereira, A., Oliveira, C. A., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (2019). Confiabilidade e estrutura fatorial da Escala de Distress Psicológico de Kessler de 10 itens (K10) entre adultos portugueses. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 729-736.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2002). Values in action: classification of strengths (V. I. A. I. *Philadelphia* (ed.); pp. 1–33).
- Pinkert, C., Holtgräwe, M., & Remmers, H. (2013). Needs of relatives of breast cancer patients—The perspectives of families and nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.006>
- Pinto, S., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2012). A esperança da pessoa com cancro: estudo em contexto de quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 23-31.
- Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. (2018) Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*; 361: k1415. Doi: 10.1136/bmj.k1415

- Ponsoda, J. M., Beleña, M. Á., & Díaz, A. (2023). Psychological distress in alzheimer's disease family caregivers: gender differences and the moderated mediation of resilience. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 23, p. 3084). MDPI.
- Portaria n.º 2/2020, de 10 janeiro, Regulamenta os termos dos reconhecimento e manutenção do Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro.
- Poseck, B. V., Baquero, B. C., & Jiménez, M. L. V. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Pud, D. (2011). Gender differences in predicting quality of life in cancer patients with pain. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 486-491.
- Qiu, C., Shao, D., Yao, Y., Zhao, Y., & Zang, X. (2019). Self-management and psychological resilience moderate the relationships between symptoms and healthrelated quality of life among patients with hypertension in China. *Quality of Life Research*, 28(9), 2585–2595. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02191-z>
- Rai, G., & Ross, A. (2024). When Cancer Enters the Therapy Room: The Lived Experience of Psychodynamic Therapists Working with Clients with a Recent Diagnosis of Cancer. *British Journal of Psychotherapy*, 40(3), 410-429.
- Ramos, C., Figueiras, L., Lopes, M., Leal, I., & Tedeschi, R. G. (2015). Inventário de ruminação relacionada com o acontecimento: qualidades psicométricas na população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(3), 299-310.
- , D.; Peters, K. B. (2016). Psychosocial distress and its effects on health –related quality of life of primary brain tumor patients. *CNS Oncology*. 5 (4), 241-249. Doi:10.2217/cns-2016-0010
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família*. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2005). Família e stress: Das crises normativas às crises inesperadas. Como intervir numa perspectiva sistémica. In A. M. Pinto, & A. L. Silva (Eds.), *Stress e bem-estar: Modelos e domínios de aplicação* (pp. 43-58). Lisboa: Climepsi.

- Ribeiro, J. L. P., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde e Doenças*, vol. 11, núm. 1, 2010, pp. 5-13
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.
- Rodriguez, L., Groarke, A., & Dolan, P. (2019). Individual predictors of adolescent adjustment to maternal cancer: The role of perceived stress, coping, social support, attachment, and self-efficacy. *Cancer Reports (Hoboken, N.J.)*, 2(2), e1145. <https://doi.org/10.1002/cnr2.1145>
- Rolland, J. S. (2005). Cancer and the family: An integrative model. *American Cancer Society Journals*, 104(11 Suppl), 2584–2595. <https://doi.org/10.1002/cncr.21489>
- Rowland, J. H., & Massie, M. J. (2010). Breast Cancer. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P.B., Jacobsen, M. S., Lederberg, M. J., Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psychooncology* (177-186). New York, Oxford University Press
- Sabini, M. & Maffly, V.H. (1981) An inner view of illness: the dreams of two cancer patients. *Journal of Analytical Psychology*, 26(2), 123–150.
- Sahadevan, S., & Namboodiri, V. (2019). Depression in caregivers of patients with breast cancer: A cross-sectional study from a cancer research center in South India. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(3), 277-282.
- Salci, M. A., & Marcon, S. S. (2011). Enfrentamento do câncer em família. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 20, 178-186.
- Şanlı, M. E. (2024). The Relationships Between Posttraumatic Growth and Psychological Resilience in Individuals with Chronic Disease. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 561-570.
- Santana, I. T. S., Santos, A. C. R. D., Farre, A. G. M. D. C., Santos, A. C. F. S. D., & Rocha, H. M. D. N. (2017). Aspectos biopsicossociais do adoecimento por câncer para familiares de pacientes hospitalizados. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 16(1).

- Santos, F., Corrêa, N., Leal, R. & Monteiro, C. (2010). A vivência do Cônjuge/Companheiro de Portador de Esclerose Múltipla. *Revista Enfermagem*, 18(2), 229-234.
- Santos, K. T. D., Filho, A. C. P., & Garbin, C. A. S. (2016). Educação em saúde bucal na visão de acadêmicos de Odontologia. *Arquivos Em Odontologia*, 48(2). <https://doi.org/10.7308/aodontol/2012.48.2.06>
- Schellekens, M. P., Zwanenburg, L. C., & Van Der Lee, M. L. (2024). Resilience in the Face of Cancer: On the Importance of Defining and Studying Resilience as a Dynamic Process of Adaptation. *Current Oncology*, 31(7), 4003.
- Schmidt, S., Nachtigall, C., Wuethrich-Martone, O., & Strauss, B. (2002). Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 763-773
- Schultze-Lutter, F., Schimmelman, B. G., & Schmidt, S. J. (2016). Resilience, risk, mental health and well-being: associations and conceptual differences. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25(5), 459–466. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0851-4>
- Segrin, C., Badger, T. A., Sikorskii, A., Crane, T. E., & Pace, T. W. (2018). A dyadic analysis of stress processes in Latinas with breast cancer and their family caregivers. *Psycho-oncology*, 27(3), 838-846.
- Sehgal, P., Ungaro, R. C., Foltz, C., Jacoviello, B., Dubinsky, M. C., & Keefer, L. (2021). High Levels of Psychological Resilience Associated with Less Disease Activity, Better Quality of Life, and Fewer Surgeries in Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 27(6), 791–796. <https://doi.org/10.1093/ibd/izaa196>
- Seiler, A. & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Frontiers in Psychiatry*. 10, 1-35
- Seligman, M. (2002). Positive Psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp.3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

- Serviço Nacional de Saúde. (2023a). *Cancro*. SNS 24. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/cancro/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023b). *Quimioterapia*. SNS 24. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/tipos-de-tratamento-do-cancro/quimioterapia/>
- Sharp, K. M. H., Webster, R. T., Cook, J., Okado, Y., Long, A., & Phipps, S. (2023). Profiles of resilience, distress, and posttraumatic growth in parents of children with cancer and the relation to subsequent parenting and family functioning. *Journal of Pediatric Psychology, 48*(4), 375-385.
- Shaver, P. R. & Mikulincer, M. (2002). Dialogue on adult attachment: Diversity and integration. *Attachment and Human Development, 4* (2), 243-257.
- Shay, L.A.; Carpentier, M.Y. & Vernon, S.W. (2016). Prevalence and Correlates of Fear of Recurrence among Adolescent and Young Adult Versus Adult Post-Treatment Cancer Survivors. *Support Care cancer. 24* (11), 4689-4696. Doi:10.1007/s00520-016-3317-9
- Silva, L. C., Malta, A. D. M. M., Marques, C. M., Lima, F., Abuhid, M. D., Santos, P. R., & Raupp, W. A. (2024). Literacia em saúde: perspectivas e desafios, uma revisão de literatura. *Caderno Pedagógico, 21*(3), e3451-e3451.
- Silva, S. I. M., Moreira, H. T. D. C., Pinto, S. M. D. A., & Canavarro, M. C. C. S. P. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica, 2*(28), 105-133.
- Silva, P. B., dos Santos, M. F., & dos Santos Valentim, N. (2022). Cuidados paliativos para o paciente oncológico: impacto psicológico no familiar cuidador Cuidados paliativos e o impacto psicológico no familiar. *Revista de Atenção à Saúde, 20*(71).
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: O papel de variáveis

- sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto fatores de risco/proteção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29, 64-67.
- Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M. (2010). Ansiedade e depressão após o diagnóstico e sobrevivência ao cancro de mama: Um estudo transversal sobre o papel das estratégias de coping. *Saúde Mental*, 5, 28-42.
- Silva, S., Paredes, T., Teixeira, R. J., Brandão, T., Dimitrovová, K., Marques, D., Sousa, J., Leal, M., Dias, A., Neves, C., Marques, G. & Amaral, N. (2023). Emotional Distress in Portuguese Cancer Patients: The Use of the Emotion Thermometers (ET) Screening Tool. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 19, p. 2689). MDPI.
- Simonelli, L.E.; Spiegel, S.D. & Duffy, N.M. (2017). Fear of cancer recurrence: a theoretical review and its relevance for clinical presentation and management. *Psycho-oncology*. 26 (10), 1444-1454. Doi: 10.1002/pon.4168
- Simpson, G. K., Dall'Armi, L., Roydhouse, J. K., Forstner, D., Daher, M., Simpson, T., & White, K. J. (2015). Does resilience mediate carer distress after head and neck cancer?. *Cancer Nursing*, 38(6), E30-E36.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric evaluation of brief resilient coping scale. *Assessment*, 10, 1-9.
- Sinko, L., Ghazal, L. V., Fauer, A., & Wheldon, C. W. (2024). It takes more than rainbows: Supporting sexual and gender minority patients with trauma-informed cancer care. *Cancer*, 130(4), 507-516
- Smith, H. R. (2015) Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncology Letters*. 9 (4), 1509-1514
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174-184
- Capela, R. S. S., & Apóstolo, J. L. A. (2012). O Sofrimento do Doente Oncológico em Cuidados Paliativos. *Onco. News* (21).

- Song, S., Yang, X., Yang, H., Zhou, P., Ma, H., Teng, C., Chen, H., Ou, H., Li, J., Mathews, C. A., Nutley S., Liu, N., Zhang, X. & Zhang, N. (2021). Psychological resilience as a protective factor for depression and anxiety among the public during the outbreak of COVID-19. *Frontiers in Psychology, 11*, 618509.
- Sousa, A. F. D., Santos, D. G. S. M., Costeira, C. R. B., Ferreira, M. M. D. S. R. D. S., & Lomba, M. D. L. L. D. F. (2022). Estudo de caso de um adolescente segundo o Modelo Teórico do Ajuste ao Cancro Parental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 56*, e20220188.
- Spiegel, D. (1993). *Living beyond limits*. New York: Ballantine Books
- Street, A.F., Couper, J.W., Love, A.W., Bloch, S., Kissane, D.W., & Street, B.C. (2010). Psychosocial adaptation in female partners of men with prostate cancer. *European Journal of Cancer Care, 19*(2), 234–242. 10.1111/j.1365-2354.2008.01012.x
- Supportive, P. D. Q., & Board, P. C. E. (2023). Cancer-Related Post-traumatic Stress (PDQ®). In *PDQ Cancer Information Summaries [Internet]*. National Cancer Institute (US).
- Takedomi, Y., Tabuchi, Y., Kumagai, Y., Sakamoto, M., Kosugi, T., Kanegae, S., ... & Yakabe, S. (2021). Post-traumatic growth of family members of deceased cancer patients and related factors in Japan: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing, 55*, 102058.
- Tavares, R., & Matos, P. M. (2016). Cancro da mama vivido na relação mãe-filhos e na parentalidade. *Análise Psicológica, 34*(4), 377-390. doi:10.14417/ap.1223.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist, 38*(11), 1161. doi:10.1037/0003-066X.38.11.1161.
- Tedeschi, R., and Calhoun, L. (1995). *Trauma & Transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand oaks, CA, United States: SAGE Publications, Inc.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress, 9*, 455-471.

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). " Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). *Posttraumatic growth: Positive change in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., and Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. New York, NY: Routledge.
- Teixeira, R. J., & Pereira, M. D. G. (2011). Impacto do câncer parental no desenvolvimento psicológico dos filhos: uma revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24, 513-522.
- Teixeira, R. J., & Pereira, M. G. (2013). Factors contributing to posttraumatic growth and its buffering effect in adult children of cancer patients undergoing treatment. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31(3), 235-265.
- Teles, S. S. - Câncer infantil e resiliência: investigação fenomenológica dos mecanismos de proteção na díade mãe-criança. (2005). Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-23032006-104418/>
- Terreno, M.E. (2000). Expectativas do doente que recorre pela primeira vez a uma consulta de cirurgia geral no IPOFG-CRL. *Enfermagem Oncológica*. 13.
- Torres, A. B. & Mile, D. (2011). *Healing from Trauma: Utilizing Effective Assessment Strategies to Develop Accessible and Inclusive Goals*. Kairos, 1(1-2).
- Torres, A., Pereira, A., & Monteiro, S. (2014). Validity study of Portuguese version of Cancer Coping Questionnaire. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion-e Avaliacao Psicologica*, 2(38), 199-220.
- Tozer, L., Stedmon, J., & Dallos, R. (2019). 'It is that bad but it isn't that bad': Exploring children's experiences of their mother's non-terminal cancer with a focus on attachment, resilience and trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(1), 53-68.

- Trill, M. D. (2013). Anxiety and sleep disorders in cancer patients. *European Journal of Cancer Supplements*, 11(2), 216-224.
- Twycross R. (2001) *Cuidados paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores; p.184.
- Üzar-Özçetin Y. S., Hiçdurmaz H. (2017) Posttraumatic growth and resilience in cancer experience. *Curr Approaches Psychiatr*; 9: 388-397.
- Vagnini, D., Grassi, M. M., & Saita, E. (2023). Evaluating somatic experiencing® to heal cancer trauma: first evidence with breast cancer survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(14), 6412.
- Van der Kolk, B. (2020). *O corpo não esquece: Cérebro, mente e corpo na superação do trauma*. Lua de Papel.
- Vaz, J. C., Milbrath, V. M., Gabatzm, R. I. B., Krug, F. R., Hirschmann, B., & Oliveira, M. M. D. (2018). Cuidado à família da criança com doença crônica. *Rev. enferm. UFPE on line*, 1397-1408.
- Vázquez, C., Castilla, C., & Hervás, G. (2008). Reacciones frente el trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Las Emociones Positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- Veit, M. & Carvalho, V. (2010). Psico-Oncologia: um novo olhar para o câncer. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 526-530.
- Walsh, F. (2003a). Crisis, trauma, and challenge: A relational resilience approach for healing, transformation and growth. *Smith College Studies in Social Work*, 74(1), 49-71. doi:10.1080/00377310309517704
- Walsh, F. (2003b). Family Resilience: a framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1-18. doi: 10.1111/famp.2003.42.issue-1
- Walsh, F. (2016). Applying a Family Resilience Framework in Training, Practice, and Research: Mastering the Art of the Possible. *Family Process*, 55, 616-632. doi: 10.1111/famp.12260

- Walsh, F. (2021). Family resilience: A dynamic systemic framework. *Multisystemic Resilience: Adaptation and Transformation in Contexts of Change*, 255–270. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190095888.003.0015>
- Wang, Y., Lin, Y., Chen, J., Wang, C., Hu, R., & Wu, Y. (2020). Effects of Internet-based psycho-educational interventions on mental health and quality of life among cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 28, 2541-2552.
- Weis, J. (2015). Psychosocial care for cancer patients. *Breast care*, 10(2), 84-86.
- Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (pp. 171-184). New York: Basic Books.
- Wilson, J. P., & Keane, T. M. (2004). *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford Press
- World Health Organization [WHO] (2022). *Global cancer observatory: cancer today*. Lyon: International agency for research on cancer. Retrieved from [https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=population&group\\_populations=0&key=crude\\_rate&types=1&populations=620](https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=population&group_populations=0&key=crude_rate&types=1&populations=620)
- World Health Organization [WHO]. (2003). *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health in Populations Exposed to Extreme Stressors*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2022). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- World Health Organization [WHO]. (2024). *Noncommunicable diseases*. Disponível em [https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1)
- World Health Organization [WHO]. (2024). *World Mental Health Day*. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/10-10-2024-world-mental-health-day>

- Wu, L., Pan, Y., Zheng, Q., Chen, X., Jiang, X., Lin, Y., & Liu, G. (2024). Post traumatic growth, resilience, social support and coping styles in the parents of very low birth weight infants: a multi-center cross sectional study. *Research Square Platform LLC*.
- Wunsch, G., Russo, F., & Mouchart, M. (2010). Do we necessarily need longitudinal data to infer causal relations? *Bulletin of Sociological Methodology*, 106(1), 5–18. <https://doi.org/10.1177/0759106309360114>
- Xie, H. (2013). Strengths-based approach for mental health recovery. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 7(2), 5–10.
- Yalom, I. (1980). *Existential therapy*. New York: Basic Books.
- Yárnöz, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M., & Sainz de Murieta, L. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de Psicología*, 17(2), 159-170.
- Young, B., Dixon-Woods, M., & Heney, D. (2002). Identity and role in parenting a child with cancer. *Pediatric Rehabilitation*, 5(4), 209-214.
- Yunes, M. A. M., Mendes, N. F., & Albuquerque, B. D. M. (2005). Percepções e crenças de agentes comunitários de saúde sobre resiliência em famílias monoparentais pobres. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 14, 24-31.
- Zablotny, H. K. (2023). *How people with chronic illnesses express their self: A thematic analysis of past and desired future narratives*. Master's thesis, University of Twente
- Zhang, C., Gao, R., Tai, J., Li, Y., Chen, S., Chen, L., Cao, X., Wang, L., Jia, M. & Li, F. (2019). The relationship between self-perceived burden and posttraumatic growth among colorectal cancer patients: The mediating effects of resilience. *BioMed Research International*, Article ID 6840743.

## **Anexos**

## Anexo A

### *Declaração do Parecer da Comissão de Ética*



<b>Documento</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
------------------	----------	----------	----------	----------	----------

#### **Comissão de Ética da Universidade de Évora**

A Comissão de Ética da Universidade de Évora informa que, com base nas apreciações favoráveis dos seus membros, deliberou dar

#### **Parecer Positivo**

para a realização do Projeto: “O Crescimento Pós-Traumático e Resiliência em Familiares de Doentes Oncológicos: Sentir e Lidar com a Dor.” pela mestranda Andreia Sofia Pardal Montijo, sob a supervisão das Prof.ª Doutora Anabela Pereira e Prof.ª Doutora Ana Torres.

Universidade de Évora, 06 de março de 2024

O Presidente da Comissão de Ética

(Prof. Doutor Hugo Miguel Cardinho Alexandre Folgado)

## Anexo B

### Pedido de Autorização dos Instrumentos

 **Sónia Silva** <soniaimsilva@gmail.com>  
para mim, anabela.pereira ▾ sábado, 10/02, 18:01 ☆ ↶ ⋮

Exma. Senhora  
Dra Andreia Montijo

A/C Sra Prof. Doutora Anabela Pereira

Começo por pedir muitas desculpas pela demora na minha resposta, e por agradecer o seu contacto e felicitar pelo interesse na temática do Desenvolvimento Pós-Traumático.

Na sequência do seu pedido, serve a presente comunicação para autorizar a utilização do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (PTGI), solicitado, contudo, o preenchimento dos dados relativos à identificação do investigador e caracterização da investigação em curso, disponível em <http://www.fpce.uc.pt/saude/PTGI.htm>

De qualquer das formas, remeto, desde já, a versão do PTGI que a nossa equipa validou com mulheres com cancro da mama, bem como o artigo no qual foram publicados os resultados da validação. Envio também a sintaxe em SPSS para a cotação do PTGI, de acordo com a estrutura factorial encontrada no nosso estudo de validação (chamo a atenção que é distinta da original, de Tedeschi & Calhoun, 1996). Recomento ainda a leitura de um capítulo publicado pela nossa equipa, e no qual se apresentam alguns dados mais recentes da investigação neste âmbito.

Silva, S., Teixeira, R. J., Ramos, C., Canavarro, M. C., Pereira, M. G. & Leal, I. (2021). O Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático: considerações para a aplicação em Psico-Oncologia. In S. Monteiro, A. Bártolo, & I. M. Santos (Eds.), *Avaliação em Psico-oncologia: Uma ferramenta para a Prática Clínica* (95-109). Lisboa: Pactor.

Reforço o agradecimento pelo contacto e faço votos de muito sucesso para o trabalho que se propõe realizar, disponibilizando-me para apoiar em algum aspeto que considere que possa ser útil.

Com os melhores cumprimentos.

Sónia Silva, Ph D  
Responsável pelas Unidades de Psico-Oncologia e de Voluntariado  
Liga Portuguesa Contra o Cancro - Núcleo Regional do Centro  
R.Dr. António José de Almeida, nº 329 - 2ª S106 Coimbra  
<http://www.ligacontraocancro.pt>

Colaboradora na Linha de Investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde  
Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo Comportamental – CINEICC  
Universidade de Coimbra  
<http://www.fpce.uc.pt/saude/>

\*\*\*

3 anexos • Verificado pelo Gmail



 **José Pais Ribeiro** <jjpr@fpce.up.pt>  
para mim ▾ sexta, 19/01, 09:33 ☆ ↶ ⋮

Cara colega

Autorizamos o uso da Escala Breve de Coping Resiliente que traduzimos e estudámos para uso com a população portuguesa.

cordialmente,



José Luís Pais Ribeiro  
[jjpr@fpce.up.pt](mailto:jjpr@fpce.up.pt)  
mobile phone: (351) 965045590  
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>  
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>  
ResearchGate- [https://www.researchgate.net/profile/jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/jose_Pais-Ribeiro/publications)

\*\*\*

## Anexo C

### *Termo de Consentimento Informado*

Caro/a Participante

Convido-o/a a participar neste estudo que se insere no plano de investigação da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade de Évora, sobre a área de Psico-Oncologia. Os grandes objetivos desta investigação, é conhecer a perspetiva de indivíduos jovens adultos, quando confrontados com doença oncológica na família, em particular o impacto que isso pode acarretar na sua vida, sobretudo ao nível das respostas emocionais (*distress* psicológico e níveis de saúde mental), as estratégias de *coping*, no desenvolvimento da resiliência e no crescimento pós-traumático.

Se concordar em participar, será solicitado que responda a um protocolo de questionários, permitindo que haja um espaço de conforto e confiança para si ao partilhar a sua experiência pessoal. O tempo estimado para responder e completar todas as questões é de aproximadamente quinze minutos. Não há riscos conhecidos associados a esta investigação. Os benefícios deste estudo podem incluir uma contribuição para o conhecimento em psicologia e uma melhor compreensão do tema a investigar. A sua participação é voluntária, não remunerada e tem o direito de recusar-se a participar ou a desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo. Para este efeito, se quiser desistir, bastará “sair” sem submeter o questionário.

Os seus dados pessoais e todas as informações recolhidas durante este estudo, por meio dos questionários, serão codificadas e analisadas quantitativamente, assegurando-se a confidencialidade das respostas, que serão utilizadas unicamente para fins estatísticos e de forma anonimizada.

Não vos é solicitada nenhuma identificação, enquanto participantes, nas configurações disponíveis na plataforma *online*. Os dados vão ser conservados pelo período máximo de cinco anos após submissão dos questionários, armazenados em pasta privada do Investigador principal e protegidos com encriptação. Num momento posterior, ao tratamento dos dados, essas informações vão ser eliminadas. Os mesmos serão divulgados em formato de artigo científico publicados em revistas e/ou jornais, apresentação em seminários, conferências, aulas e/ou em congressos de especialidade dando a conhecer as principais conclusões.

O questionário foi aprovado pela equipa de Regulamento Geral De Proteção De Dados [RGPD] da Universidade de Évora e cumpre todos os requisitos do Regulamento europeu de proteção de dados Regulamento (EU) 2016/679, de 27 de abril de 2016 e a Lei 58/2019, de 8 de agosto (LPDP), garantindo a segurança, anonimato e confidencialidade de todos os dados facultados pelos participantes, em todas as fases do processo.

Eu, Andreia Sofia Pardal Montijo, sob orientação das Professoras Doutoras Anabela Pereira e Ana Torres, serei a responsável pelo tratamento e proteção dos dados recolhidos neste estudo. É garantido ainda que só a equipa de investigação, que integra a investigadora principal e a orientação têm acesso aos dados e são responsáveis pelo seu tratamento, salvaguardando a sua privacidade e confidencialidade.

Se desejar obter informações adicionais ou esclarecer qualquer questão acerca deste estudo ou propor alguma sugestão ao mesmo poderá contactar a responsável através do seguinte endereço eletrónico [m53214@alunos.uevora.pt](mailto:m53214@alunos.uevora.pt).

A equipa de investigação,

Andreia Montijo

## Anexo D

### Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

1. **Sexo:**         Masculino                       Feminino

2. **Idade:** \_\_\_\_\_

3. **É Estudante?**  Não  Sim

**3.1 Se sim, em que ano?**

Ensino Básico (9º ano)     Ensino Secundário (12º ano)

Ensino Superior (Licenciatura)     Mestrado     Doutoramento

**3.2 Se sim, em que instituição?** \_\_\_\_\_

4. **Se não, assinale enquadre a sua profissão se enquadra:**

Profissões das Forças Armadas

Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos

Especialistas das atividades intelectuais e científicas

Técnicos e profissões de nível intermédio

Pessoal administrativo

Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores

Agricultores e trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices

Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

Trabalhadores não qualificados

*Nota: Ao selecionar a sua profissão, observe que as opções sugeridas foram agrupadas segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (2010) do Instituto Nacional de Estatística.*

5. **Estado Civil:**

Solteiro (a)     União de Facto     Casado (a)

Divorciado (a)     Viúvo (a)

6. Tem irmãos?  Não  Sim

6.1 Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

6.2 Se sim, qual a sua posição na relação entre irmãos?

Irmão mais novo  Irmão do meio  Irmão mais velho

7. Com quem vive?

Mãe  Pai  Irmãos

Outros \_\_\_\_\_ (por favor, especifique)

8. Tem ou já teve cancro?

Não  Sim

8.1 Se sim, qual o tipo de cancro/onde se localiza?

Cancro da Mama

Cancro do Cólon e do Reto

Cancro do Pulmão

Cancro da Próstata

Cancro do Colo do Útero

Leucemia

Cancro do Cérebro

Cancro do Estômago

Cancro do Pâncreas

Cancro do Fígado

Outros \_\_\_\_\_ (por favor, especifique)

8.2 Se sim, quando foi diagnosticado (idade)? \_\_\_\_\_

9. Tem ou teve algum(ns) familiar (es) diagnosticados com cancro?

Não

**SE NÃO, POR FAVOR PASSE PARA A QUESTÃO CP1 E SEGUINTE.**

Sim

9.1 Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

**10. Qual a relação de parentesco com o(s) familiar(es) diagnosticado(s) com cancro?**

- Mãe     Pai     Filho/a     Irmã(os)     Cônjuge  
 Outro \_\_\_\_\_ (por favor, especifique)

*Exemplo: Eu sou o/a filho/a da pessoa que tem/teve a doença oncológica.*

**11. Como descreveria a sua relação com o/a familiar portador(a) da doença? Por favor, escolha a opção que melhor representa os seus sentimentos e comportamentos nesta relação:**

- Sinto conforto com a proximidade, confiança e sem receio de abandono  
 Sinto desconforto com a proximidade, sem confiança e sem receio de abandono  
 Sinto desconforto com a proximidade (medo da falta de reciprocidade e/ou de ser magoado/a), sem confiança e com muito receio da possibilidade de abandono

**12. No momento do diagnóstico de cancro e/ou período da doença, vivia (ou vive) com o/a familiar diagnosticado/a?**

- Não     Sim

**13. Em relação ao familiar portador(a) de doença, qual o tipo de cancro/onde se localiza?**

- Cancro da Mama  
 Cancro do Cólon e do Reto  
 Cancro do Pulmão  
 Cancro da Próstata  
 Cancro do Colo do Útero  
 Leucemia  
 Cancro do Cérebro  
 Cancro do Estômago  
 Cancro do Pâncreas  
 Cancro do Fígado  
 Outros \_\_\_\_\_ (por favor, especifique)

**14. Qual o estágio da doença do/a familiar portador(a) da doença?**

- Estadio 0    Estadio I    Estadio II  
 Estadio III    Estadio IV    Não Sei

*Nota: O estadio corresponde à extensão/gravidade da doença.*

**15. Há quanto tempo esse familiar foi diagnosticado?**

- ≤ 6 meses    ≥ 12 meses    3 - 5 anos    ≥ 5 anos

**16. Que tratamentos realiza ou realizou esse familiar?**

- Radioterapia    Quimioterapia    Imunoterapia  
 Hormonoterapia    Cirurgia

Se selecionou a opção de cirurgia, indique o(s)  
tipo(s)\_\_\_\_\_.

**17. Qual é o estado de saúde atual do/a familiar diagnosticado/a com cancro?**

- Doença Ativa    Remissão Total e/ou Sem Evidência de Doença    Faleceu

**17.1 Se o/a familiar diagnosticado tem ainda doença ativa, indique quais as opções que mais se adequam:**

*Lembre-se que as opções de resposta podem coexistir.*

- Estável    Doença em Progressão\*    Recidiva\*\*  
 Doença em Fase Avançada\*\*\*

*Nota:*

*\*Doença em progressão significa que há um agravamento da mesma.*

*\*\*A recidiva acontece sempre que o cancro volta a aparecer, após um período de remissão.*

*\*\*\* Doença em fase avançada descreve uma doença que atingiu um estágio avançado no seu desenvolvimento, onde os sintomas são mais graves e a*

*condição é mais difícil de tratar. Este termo é frequentemente associado a doenças crônicas ou terminais.*

**17.2 Se o/a familiar diagnosticado tem ainda doença ativa, indique quais as opções que mais se adequam em relação ao plano de tratamentos atual:**

- Sem Tratamentos    Tratamentos Ativos para a Doença  
 Tratamentos Paliativos\*    Não sei

*Nota:*

*\*Os tratamentos paliativos são administrados quando a doença já está numa fase avançada, com metastização noutros locais que não apenas o tumor de origem. O seu objetivo é tratar e aliviar a sintomatologia, não apresentando intuito curativo.*

**17.3 Se o/a familiar diagnosticado/a, se encontra em período de remissão e/ou sem evidência de doença, indique qual a opção que mais se adequa:**

- ≤ 6 meses    ≥12 meses    ≥ 5 anos

*Nota: A ausência temporária ou permanente de doença cancerígena significa que o cancro entrou em remissão.*

**17.4. Há quanto tempo faleceu o/a familiar diagnosticado/a com cancro?**

- ≤ 6 meses    ≥12 meses    3-5 anos    ≥ 5 anos

**18. Como tomou conhecimento do diagnóstico de cancro desse(s) familiar(es)**

- Próprio/a    Outro membro da família    Através de um(a) amigo(a)  
 Profissionais de saúde    Descoberta Indireta    Omissão

**19. Compreendendo o diagnóstico e processo de doença oncológica do/a familiar diagnosticado/a, por favor, indique o quão *stressante* foi para si.**

**19.1 Que nível de *stress* sentiu imediatamente após o acontecimento traumático/diagnóstico?**

1. Nada *stressante*    2. Um pouco *stressante*    3. Moderadamente *stressante*  
 4. Muito *stressante*    5. Bastante *stressante*

**19.2. Que nível de *stress* atribui ao acontecimento traumático/diagnóstico, no momento presente?**

1. Nada *stressante*    2. Um pouco *stressante*    3. Moderadamente *stressante*  
 4. Muito *stressante*    5. Bastante *stressante*

**20. Vendo-se confrontado/a com esta doença no seu seio familiar, quais foram as suas principais preocupações? Avalie de 1 a 5, onde 1 representa a menor preocupação e 5 a maior preocupação:**

	1. Não preocupado(a)	2. Pouco preocupado(a)	3. Moderadamente preocupado(a)	4. Preocupado(a)	5. Muito preocupado(a)
Tratamentos, recuperação e saúde geral desse(s) familiar(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diminuição da autoestima desse(s) familiar(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado e bem-estar do núcleo familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivência da fase de tratamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prognóstico da doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Incerteza face ao futuro	<input type="checkbox"/>				
Confronto com a morte	<input type="checkbox"/>				

**21- Na sequência do diagnóstico de cancro na sua família, o que guarda de mais importante da sua experiência e quais as aprendizagens que retira da situação? Avalie de 1 a 5, em que:**

	1. Nada importante / Nenhuma aprendizagem significativa	2. Pouco importante / Pouca aprendizagem significativa	3. Moderadamente importante / Alguma aprendizagem significativa	4. Bastante importante / Muita aprendizagem significativa	5. Extremamente importante / Aprendizagem muito significativa
Atenção redobrada com a saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estilo de vida equilibrado e saudável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posição do(s) familiar(es) face ao cancro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Importância de um confronto direto com a doença e possíveis situações futuras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Importância de manter uma postura positiva face à doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crescimento pessoal e familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valorização do suporte familiar e social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gratidão pela vida e pelas relações	<input type="checkbox"/>				
Significado e propósito da vida	<input type="checkbox"/>				
Resiliência em situações de adversidade	<input type="checkbox"/>				
Empatia e compaixão pelo outro com doenças graves	<input type="checkbox"/>				

*Obrigado pela sua colaboração!*

## Anexo E.

### *Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático*

(Silva, Moreira, Pinto & Canavarro, 2009)

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

		1. Eu experienciei esta mudança como resultado do acontecimento	2. Eu experienciei <u>pouco</u> esta mudança como resultado do acontecimento	3. Eu experienciei <u>moderada mente</u> esta mudança como resultado do acontecimento	4. Eu experienciei bastante esta mudança como resultado do acontecimento	5. Eu experienciei <u>completamente</u> esta mudança como resultado do acontecimento
1. Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho uma apreciação o maior pelo valor da minha própria vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Desenvolvi novos interesses.	<input type="checkbox"/>					
4. Sinto que posso contar mais comigo própria.	<input type="checkbox"/>					
5. Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais.	<input type="checkbox"/>					
6. Tenho uma ideia mais clara de que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade.	<input type="checkbox"/>					
7. Estabeleci um novo rumo para a minha vida.	<input type="checkbox"/>					
8. Sinto-me mais próxima	<input type="checkbox"/>					

das outras pessoas.						
9. Estou mais disponível para demonstrar as minhas emoções.	<input type="checkbox"/>					
10. Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades.	<input type="checkbox"/>					
11. Consigo fazer coisas melhores com a minha vida.	<input type="checkbox"/>					
12. Consigo aceitar o resultado das coisas de forma melhor.	<input type="checkbox"/>					
13. Consigo apreciar melhor cada dia.	<input type="checkbox"/>					
14. Existem	<input type="checkbox"/>					

outras oportunidades que não teriam existido antes.						
15. Tenho mais compaixão para com os outros.	<input type="checkbox"/>					
16. Dedico- me mais às minhas relações.	<input type="checkbox"/>					
17. É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança.	<input type="checkbox"/>					
18. Tenho uma maior fé religiosa.	<input type="checkbox"/>					
19. Descobri que sou mais forte do que pensava ser.	<input type="checkbox"/>					
20. Aprendi	<input type="checkbox"/>					

---

bastante  
sobre  
como as  
pessoas  
são  
maravilh  
osas.

---

21.                                                                             

Aceito  
melhor  
necessitar  
dos  
outros.

---

## Anexo F.

### Escala Breve de Coping Resiliente

(Pais Ribeiro & Morais, 2010)

Esta escala permite avaliar a resiliência como uma estratégia de *coping*, uma vez que nos permite perceber a capacidade de o sujeito lidar com o stress de forma adaptativa. É composta por quatro itens, sendo que existem cinco possibilidades de resposta.

Por favor, selecione a opção que mais se adequa a si, selecionando a opção que pretende escolher:

	1. Quase nunca	2. Ocasionalmente	3. Muitas vezes	4. Com muita frequência	5. Quase sempre
Procuro formas criativas de superar situações difíceis.	<input type="checkbox"/>				
Independentemente do que me possa acontecer, acredito que posso controlar as minhas reações.	<input type="checkbox"/>				
Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis.	<input type="checkbox"/>				
Procuro ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida.	<input type="checkbox"/>				
Procuro formas criativas de superar situações difíceis.	<input type="checkbox"/>				

## Anexo G.

### *Escala de Distress Psicológico de Kessler (K-10)*

(Pereira, Oliveira, Bártolo, Monteiro, Vagos & Jardim, 2019)

Não existem respostas certas ou erradas. Responda de acordo como se sentiu durante os últimos 30 dias. Para cada afirmação escolha uma das seguintes alternativas:

	1. Nenhum dia	2. Poucos dias	3. Alguns dias	4. A maior parte dos dias	5. Todos os dias
1. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu cansado sem nenhuma razão aparente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu nervoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu nervoso ao ponto de nada o conseguir acalmar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu sem esperança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Durante os últimos 30 dias com que	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

frequência se sentiu irrequieto ou agitado?					
6. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu irrequieto ao ponto de não conseguir parar quieto?	<input type="checkbox"/>				
7. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu deprimido?	<input type="checkbox"/>				
8. Durante os últimos 30 dias, com que frequência sentiu que tudo era um esforço?	<input type="checkbox"/>				
9 Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu tão triste que nada o conseguiu animar?	<input type="checkbox"/>				
10 Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu inútil?	<input type="checkbox"/>				

## Anexo H.

### Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9)

(Torres, Pereira, Monteiro & Albuquerque, 2013)

**A. Ao longo das últimas duas semanas, quantas vezes se sentiu incomodado por cada um dos seguintes problemas?**

	0. Nunca	1. Vários Dias	2. Mais do que metade dos dias	3. Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou prazer nas coisas habituais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentir-se em baixo, deprimido ou desamparado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dificuldade em adormecer, dormir pouco ou dormir demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentir-se cansado ou ter pouca energia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diminuição ou aumento de apetite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentir-se mal consigo próprio – sentir que é um fracasso ou que se deixou ir abaixo ou à sua família.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dificuldade em concentrar-se em algumas tarefas, como	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

ler um jornal ou ver  
televisão.

---

8. Mexer-se ou falar tão  
devagar que outras já  
devem ter reparado. Ou  
o contrário, estar tão  
inquieta ou agitada que  
se move muito mais do  
que o habitual.

---

9. Pensamentos acerca  
de que estaria melhor  
morta ou de se ferir a si  
mesmo de alguma  
forma.

---

**B. Se sentiu incomodado por algum dos 9 problemas referidos em cima,  
responda por favor à seguinte questão:**

Qual é a dificuldade que estes problemas têm causado no seu trabalho, no cuidar das suas  
coisas em casa ou em conviver com outras pessoas?

- |                                  |                                |                                |                                  |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma | <input type="checkbox"/> Pouca | <input type="checkbox"/> Muita | <input type="checkbox"/> Extrema |
| Dificuldade                      | Dificuldade                    | Dificuldade                    | Dificuldade                      |