

CARLA CRISTINA INFANTE SOBRINHO BORGES

**O PAPEL DA RESILIÊNCIA NO AJUSTAMENTO À
DOENÇA: UM ESTUDO COM DOENTES
ONCOLÓGICOS E DE FIBROMIALGIA**

Orientador(a): Professora Doutora Joana Brites Rosa

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa
2022**

CARLA CRISTINA INFANTE SOBRINHO BORGES

**O PAPEL DA RESILIÊNCIA NO AJUSTAMENTO À
DOENÇA: UM ESTUDO COM DOENTES
ONCOLÓGICOS E DE FIBROMIALGIA**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde no Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 4 de novembro de 2022, perante o júri, com o Despacho de Nomeação nº 24/2022, de 8 fevereiro de 2022, com a seguinte composição:

Presidente: Prof.^a Doutora Patrícia Pascoal

Arguente: Prof.^a Doutora Bárbara Gonzalez

Orientadora: Prof.^a Doutora Joana Rosa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2022

Epígrafe

*A resiliência não é a coisa, mas o processo
em que a própria percepção é a chave.*

Norman Garmezy
(1918-2009)

Agradecimentos

Primeiramente, quero agradecer a todos aqueles que de forma direta ou indireta participaram na realização deste estudo. Um Muito Obrigada! A todos os participantes e associações de apoio à doença oncológica e de fibromialgia.

Um especial OBRIGADA, à minha família e por todo o apoio incondicional que me foram dando todos os dias. À minha filha (Eleonora), marido (Carlos) e pais (João e Helena), por terem partilhado esta jornada a meu lado, incentivando-me sempre a continuar e a superar todos os desafios. OBRIGADA, por me ouvirem, abraçarem e me deitarem a mão, sempre que preciso. Sabendo que não existem palavras faladas ou escritas capazes de representar todo o amor, carinho, força, admiração e orgulho que me fazem sentir a cada dia da minha vida.

À Professora Doutora Joana Rosa, pelo privilégio de ter trabalhado e privado consigo. OBRIGADA, por toda a sua ajuda e apoio a superar as dificuldades e dilemas, demonstrando-se sempre disponível e compreensiva, através de uma palavra amiga e de incentivo. A todos os mestres e amigos que me apoiaram a crescer e a estimular a minha vontade de saber, estar e ser: Professora Doutora Diana Dias, Professora Doutora Manuela de Oliveira, Professora Doutora Ângela Leite, Professora Doutora Teresa Santos, Professor Doutor Rui Costa, Professor Doutor Amadeu Martins, Professor Doutor Manuel Domingues, entre muitos outros da psicologia e da gestão. Por último aos meus melhores amigos e irmãos de coração, por todas as palavras de conforto, coragem, determinação e perseverança: Rute Pereira, Ricardo Cruz, Soleia Sousa, Sandra Borges e André Gonçalves.

A todos um grande bem-haja por fazerem parte da minha história e me ajudarem a ser quem sou.

Resumo

Tem sido crescente o destaque feito ao papel que a resiliência desempenha no aumento do ajustamento emocional e psicossocial em caso de doença. Neste sentido, o presente estudo procura entender qual ou quais os fatores de resiliência que melhor predizem o ajustamento emocional (AE) e ajustamento psicossocial à doença (APD). Tem também, o objetivo de testar dois modelos de mediação: 1) relação entre a resiliência e o AE, mediado pelo ajustamento psicossocial e 2) relação entre resiliência e APD, mediado pelo ajustamento emocional por forma a verificar qual mostra ter maior caráter explicativo. Caso se verifiquem alterações significativas na relação de mediação entre os ajustamentos, procurar-se-á entender se essa mesma relação é afetada em diferentes tipos de doença, nomeadamente, doença oncológica e doença de fibromialgia.

O estudo conta com uma amostra de 119 mulheres, 44 com doença oncológica e 75 com doença de fibromialgia, com diagnóstico de doença há mais de três anos. Para a análise foi utilizada a Escala de Resiliência para Adultos (ERA), Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18) e a Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença - Autoavaliação (EAPD-AA).

Os resultados demonstraram que o fator de resiliência com maior capacidade preditora no AE é a Perceção do Self (PS), enquanto para o APD foram a Perceção do Self (PS), a Coesão Familiar (CF) e o Estilo Estruturado (EE). No que respeita aos modelos de mediação verificaram-se diferenças nos efeitos de mediação que o AE e APD tem um no outro na sua relação com a resiliência. O APD, enquanto mediador, estabelece um efeito maior para a relação entre a resiliência e AE, do que o AE na relação entre resiliência e o APD, para o total da amostra. No entanto, quando analisado o mesmo tipo de relação por grupos de doença, verifica-se que os resultados do efeito de mediação podem sofrer padrões diferentes ou até mesmo apresentar efeitos de mediação nulos.

Palavras-Chave: Resiliência, Ajustamento emocional, Ajustamento psicossocial; Doença crónica; Oncologia; Fibromialgia.

Abstract

There has been an increasing emphasis on the role that the resilience variable comprises in increasing emotional and psychosocial adjustment in the event of illness. In this sense, the present study seeks to understand which resilience factors best predict emotional adjustment (EA) and psychosocial adjustment to illness (APD). It also aims to test two models of mediation: 1) relationship between resilience and AE, mediated by psychosocial adjustment and 2) relationship between resilience and APD, mediated by emotional adjustment to verify which one has a greater explanatory character. If there are significant changes in the mediation relationship between the adjustments, it will be sought to understand whether this same relationship is affected in different types of disease, namely, oncological disease and fibromyalgia disease.

The study has a sample of 119 women, 44 with oncological disease and 75 with fibromyalgia disease, diagnosed with the disease for more than three years. For the analysis, the Adult Resilience Scale (ERA), Psychopathological Symptoms Inventory 18 (BSI-18) and the Psychosocial Adjustment to Illness Scale - Self-Assessment (EAPD-AA) were used.

The results showed that the resilience factor with the highest predictive capacity for AE is Self Perception (PS), while for APD it was Self Perception (PS), Family Cohesion (FC) and Structured Style (EE). Regarding the mediation relationship, it was found that there are statistically significant differences in the mediation effects that AE and APD have on each other in relation to resilience. The ODA, as a mediator, establishes a greater effect for the relationship between resilience and EA, than the EA in the relationship between resilience and ODA, for the total sample. However, when analyzing the same type of relationship by disease groups, it appears that the results of the mediation effect may suffer statistically significant differences or even present null mediation effects.

Key words: Resilience, Emotional adjustment, Psychosocial adjustment, Chronic disease, Oncology; Fibromyalgia.

Lista de Símbolos e Abreviaturas

AE – Ajustamento emocional

APD – Ajustamento psicossocial à doença

α - Alpha de Cronbach

β - Coeficiente de Regressão

% - Percentagem

DP – Desvio Padrão

BSI-18 - Brief Symptom Inventory 18

FM – Fibromialgia

EAPD-AA - Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença - Autoavaliação

ERA - Escala de Resiliência para Adultos

e.g. – *exempli gratia*

et al. – e outros autores

etc. - *et cetera*

M - Média

Máx. – Valor máximo da amplitude dos valores

Min. – Valor mínimo da amplitude dos valores

N – Número total de casos

n – Número de subamostras

p – Valor de significância estatística (p-value)

WHO - World Health Organization

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
RESILIÊNCIA.....	12
AJUSTAMENTO À DOENÇA.....	14
<i>Ajustamento emocional</i>	15
<i>Ajustamento psicossocial</i>	16
RESILIÊNCIA, AJUSTAMENTO EMOCIONAL E PSICOSSOCIAL À DOENÇA ONCOLÓGICA	17
RESILIÊNCIA, AJUSTAMENTO EMOCIONAL E PSICOSSOCIAL À DOENÇA DE FIBROMIALGIA	18
O PRESENTE ESTUDO	20
MÉTODO.....	21
PARTICIPANTES	21
INSTRUMENTOS	23
<i>Questionário de Dados Sociodemográfico</i>	23
<i>Escala de Resiliência para Adultos</i>	23
<i>Brief Symptom Inventory 18</i>	24
<i>Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença - Autoavaliação</i>	24
<i>Procedimento de recolha de dados</i>	25
<i>Preparação de Dados e Análise Estatística</i>	26
RESULTADOS	27
DISCUSSÃO	34
LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	36
IMPLICAÇÕES PARA INVESTIGAÇÃO E PRÁTICA DA PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE	36
DIREÇÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES	37
REFERÊNCIAS	37

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes	21
Tabela 2. Caracterização das medidas de interesse	27
Tabela 3. Teste - t para amostras independentes das variáveis de interesse.....	28
Tabela 4. <i>Modelo de Regressão Linear Múltipla da resiliência no AE</i>	29
Tabela 5. <i>Análise de Coeficientes de Regressão Linear Múltipla</i>	29
Tabela 6. <i>Modelo de Regressão linear múltipla da Resiliência no APD</i>	29
Tabela 7. <i>Análise de coeficientes de Regressão Linear Múltipla</i>	30
Tabela 8. <i>Matriz de correlação bivariadas de Pearson das variáveis de interesse na D. Oncológica e D. Fibromialgia</i>	30

Índice de Figuras

Figura 1: Proposta de Modelo Conceptual de Mediação Simples - I de análise do ajustamento emocional como mediador entre a resiliência e o ajustamento psicossocial.	21
Figura 2: Proposta de Modelo Conceptual de Mediação Simples - II de análise do ajustamento psicossocial como mediador entre a resiliência e o ajustamento emocional.	22
Figura 3: Resultados do modelo de mediação simples do ajustamento emocional na relação da resiliência com de ajustamento psicossocial na doença oncológica	33
Figura 4: Resultados do modelo de mediação simples do ajustamento psicossocial à doença na relação da resiliência com o ajustamento emocional, na doença oncológica.	34
Figura 5: Resultados do modelo de mediação simples do ajustamento emocional na relação da resiliência com de ajustamento psicossocial à doença	31
Figura 6: Resultados do modelo de mediação simples do ajustamento psicossocial à doença na relação da resiliência com o ajustamento emocional na doença.	32

INTRODUÇÃO

Segundo Walker, Jackson, & Littlejohn (2004) o modelo da teoria biopsicossocial, é o modelo que propõe maior integração dos componentes biomédicos, psicológicos e sociais a ter em conta nos casos de doença. No entanto, apesar da multidimensionalidade do modelo, Hammond & Hirst-Winthrop (2018), consideram-no um pouco generalista, por não explicar de que forma os processos pré-mórbidos psicológicos subjacentes ao aparecimento da doença podem influenciar o sentido do ajustamento à doença.

O ajustamento à doença é um processo dinâmico, que tem como objetivo levar a pessoa a atingir um estado final de congruência entre pessoa-ambiente, perante as adversidades associadas à doença em si (Smedema, Bakken-Gillen & Dalton, 2009). Este processo compreende a procura de um equilíbrio que facilite a integração psicossocial e para isso é necessário que a pessoa seja capaz de encontrar estratégias de resolução de problemas, reconhecer dos recursos pessoais e interpessoais que facilitem o processo, adquirir uma autoestima positiva, autoconceito e um sentido de domínio pessoal, face à doença e ambiente envolvente. Pressupõe ainda manter uma participação ativa nas diferentes áreas da vida (sociais, profissionais e recreativas).

Neste sentido considera-se pertinente entender qual o papel da resiliência, enquanto recurso (Pereira, Cardoso, Albuquerque, Janeiro, & Alves, 2016) e como traço de personalidade (Franjić, Marijanović, & Babić, 2019) para o aumento do ajustamento à doença. Segundo diferentes autores (Babić, Rastović, & Mandić, 2020; Li, Qiao, Luan, Li, & Wang, 2019, Zhang, Zhao, Cao, & Ren, 2017) a resiliência é uma das variáveis que melhor capacita tanto o aumento do ajustamento emocional como psicossocial na doença. Kim, Lim, Kim, & Park, (2019) reforçam ainda que o traço de resiliência na pessoa, é um dos traços essenciais para a capacidade de confronto com situações stressantes em caso de doença crónica. Segundo os mesmos autores, as intervenções que promovam a resiliência reforçam positivamente a diminuição de emoções negativas, níveis de ansiedade, depressão, isolamento, melhorando significativamente a qualidade de vida da pessoa.

O presente trabalho tem por base uma componente exploratória que procura entender qual ou quais os fatores de resiliência que melhor predizem o ajustamento emocional (AE) e ajustamento psicossocial à doença (APD). Tem também, o objetivo de testar dois modelos de mediação: 1) relação entre a resiliência e o AE, mediado pelo ajustamento psicossocial e 2) relação entre resiliência e APD, mediado pelo ajustamento emocional por forma a verificar qual mostra ter maior caráter explicativo. Caso se verifiquem alterações significativas na relação de mediação entre os ajustamentos, procurar-se-á entender se essa mesma relação é afetada em diferentes tipos de doença, nomeadamente, doença oncológica e doença de fibromialgia.

Resiliência

Durante a última década, o tema da resiliência tem sido um dos focos de investigação das ciências do comportamento (Teixeira, 2016). O tema é originário das ciências da física e é explicado pela elasticidade que os objetos apresentam após sofrerem uma força aplicada que, poderá ou não, criar a deformação dos mesmos.

Etimologicamente, a palavra resiliência ganha forma a partir de duas raízes diferentes: do latim *resilire*: saltar para trás, voltar, ser impelido, relançado ou recuar, enquanto do inglês, *resilience*, é apresentado como sendo a elasticidade ou capacidade rápida de recuperar. Neste sentido, o conceito de resiliência compreende uma capacidade de moldagem flexível ou adaptação a uma situação (força ou stress) e rápida capacidade de retorno à posição inicial (Navio, 2008).

Do ponto de vista das ciências da saúde, desde a década de 70 que se tornou pertinente entender quais as determinantes que explicariam determinados sucessos ou insucessos na vida das pessoas, sempre que estas se veem confrontadas com a necessidade de dar resposta a uma ou várias situações de adversidade (Souza & Cerveny, 2006). A procura deste entendimento leva a que o conceito de resiliência passe a ser entendido como um processo do desenvolvimento humano adaptativo e positivo que ocorre de forma independente de um ambiente aversivo ou de uma experiência negativa vivida. Implica a ideia subjacente de que a pessoa é possuidora de uma força interior, competência, flexibilidade ou coping bem-sucedido, inversamente associado à depressão, perceção de stress ou ansiedade (Oliveira & Machado, 2011).

Segundo o fundador da teoria da resiliência em psicologia clínica (Norman Garmezy, 1983), apesar da resiliência não ser uma característica inata pode ser desenvolvida ou fortalecida, desde que sejam aumentadas as capacidades de resposta otimista e de aceitação, foco na

resolução de problemas, perdão, sentido de responsabilidade, mecanismos de defesa e planeamento futuro (Cicchetti & Garmezy, 1993).

Segundo Pereira et. al (2016), o conceito de resiliência pode ser definido com base em duas perspetivas: (1) resiliência enquanto resultado e (2) resiliência de recurso. Enquanto a primeira analisa um processo adaptativo do sujeito após a vivência de uma situação adversa, a segunda analisa a resiliência enquanto recurso protetor para a adaptação ao stress da situação que está a ser vivenciada. Contudo, o construto apresenta-se de forma multidimensional, não só por englobar um conjunto de características do sujeito para lidar com a adversidade, mas também por este ter a capacidade de recorrer a diferentes sistemas do contexto que lhe permitam a gestão da situação adversa.

Já Casale et al. (2019), acrescentam que em termos individuais a resiliência pode ser avaliada quanto ao grau de expectativa da resolução da situação adversa (locus controlo: interno e externo), autodeterminação, flexibilidade, otimismo, reavaliação cognitiva e capacidade de confronto da situação, conjugada com o entendimento e uso dos recursos ambientais que se apresentam disponíveis (papel da comunidade, família, redes sociais, níveis de escolaridade e socioeconómicos, religião e cultura) que por sua vez, concretizam a mudança necessária.

Do ponto de vista clínico e da saúde, a resiliência apresenta um conjunto de fatores protetores importantes para entender os mecanismos de confronto para a saúde, doença, processos de tratamento e cicatrização e comorbilidades associadas, por aquela capacitar a pessoa a lidar com as dificuldades e com situações stressantes e traumáticas durante os processos de manutenção ou restauro do seu funcionamento habitual, fazendo com que a mesma tenha a capacidade de crescer no meio do sofrimento, desordem e doença (Babić et al., 2020).

Segundo os mesmos autores, na doença, a resiliência representa a capacidade da pessoa em se adaptar com sucesso à mudança de estilos de vida, aos impactos negativos de tratamentos ou outros stressores, sendo capaz de evitar o desenvolvimento da doença ou doenças subjacentes. Implica ainda o ajustamento de múltiplos fatores, quer sejam eles do foro fisiológico, psicológico, social ou espiritual, promovendo o aceleração da cura, bem-estar e qualidade de vida, independentemente da doença, pela capacidade de recuperação.

Na capacidade de recuperação de processos de superação de eventos adversos, incluindo a doença, a resiliência pode ser analisada como um traço de personalidade associado ao processo (Franjić et al., 2019). Desta forma, os autores salientam ainda que na análise de resiliência, esta pode ser entendida de diferentes formas. Resiliência primária, vinculada como fator protetor do desenvolvimento de doença (física e mental); Resiliência secundária, referente

à capacidade individual de enfrentar os processos inerentes à recuperação e; Resiliência terciária que refere a capacidade da pessoa se adaptar à doença, desenvolvendo estilos de vida saudáveis e produtivos que lhe permitam lidar com a doença e limitações subjacentes, ao longo do tempo.

Ajustamento à doença

Ajustamento, significa ato ou efeito de ajustar, integrar ou adaptar. A conceptualização do conceito sugere ajustamento como sendo um conjunto de processos psicológicos de significado, aumento de sentimento de competência e fortalecimento de autoestima que leva a pessoa a conseguir gerir as diversas pressões ou exigências do meio, através de uma resposta comportamental normativa, ou por outras palavras, a conseguir gerar uma mudança de um estado a outro (Fernandes, 2009).

Stanton, Collins & Sworowski (2001 cit in Alves, 2018) identificaram cinco elementos-chave para um ajustamento bem-sucedido à doença: 1) desempenho bem-sucedido de tarefas adaptativas (e.g. ajuste à incapacidade e preservação de relacionamentos saudáveis); 2) preservação do estado funcional (e.g. capacidade de trabalho); 3) satisfação e bem-estar em vários domínios da vida; 4) ausência de perturbação psicológica e 5) presença de afeto positivo.

Sharp & Curran (2006 cit in Alves, 2018) definem que os conceitos de “ajustamento” propõem dar respostas às necessidades de mudança, fazendo com que ajustamento possa ser definido pela presença ou ausência de sintomas representativos de perturbação psicológicas.

Todavia, qualquer que seja o diagnóstico de doença, esta acabará por induzir a necessidade de uma resposta psicológica. O processo de resposta (benéfica ou prejudicial) à doença é aquilo que vai determinar o estado de saúde da pessoa ou a progressão de desenvolvimento de algumas doenças (Dekker & de Groot, 2018).

De acordo com os modelos teóricos da psicologia da saúde, o ajustamento é explicado através da compreensão dos modelos de stress e confronto de Lazarus & Folkman (1984). Segundo este modelo, o ajustamento ao stress é influenciado pela avaliação que a pessoa faz da situação em si, das estratégias de coping que utiliza para gerenciar situações de stress, assim como, da avaliação da eficácia das estratégias que utiliza para novas situações (Moss-Morris, 2013).

O stress vivido durante a doença pode apresentar-se de forma aguda ou crónica, sendo que o primeiro tem implicações mediante o diagnóstico de doença, o tipo de tratamento a ser

feito, o peso ou impacto do tratamento e a possibilidade de recaída, enquanto o segundo tipo de stress acarreta a perceção ligada à incerteza do futuro ou ameaças às relações sociais (familiares, amigos, trabalho). Segundo Dekker & Groot (2018), entender o ajustamento da doença passa por entender a resposta cognitiva, emocional e comportamental como sistemas paralelos que, por sua vez, vão interagir entre si, conjugados com as características pessoais (personalidade, objetivos de vida, estatutos socioeconómicos) e interpessoais (relações familiares, amigos e colegas).

Ajustamento emocional

A manifestação de ansiedade e depressão no processo de doença, são as duas atividades psicológicas mais causadoras de mal-estar, medo, preocupações geradoras de expectativas distorcidas, muitas vezes associadas a sensações de desamparo ou incompreensão por parte de outros.

A ansiedade é um processo natural e tem como objetivo fazer com que o organismo se adapte a um elemento causador de stress e não deve ser considerada patológica, no entanto a partir do momento em que a resposta se torna mal adaptativa, desadequada ou exageradamente desproporcional ao perigo real, a pessoa deixa de conseguir regular-se emocionalmente, fazendo com que a ansiedade, inicialmente natural e não patológica ganhe níveis significativamente mais elevados ou até mesmo patológicos (Martins, 2018).

A depressão destaca-se por ser uma perturbação psiquiátrica, que interfere na energia psíquica do indivíduo, libido, motivação e interesse face ao que o rodeia, precedida de um período de tristeza ou desânimo contínuos que, por sua vez, destacam a falta de adaptação ao processo em que a pessoa se encontra (Martins, 2018).

Segundo a mesma autora, a expressão e partilha emocional são fundamentais para lidar com as situações traumáticas, de forma a aumentar o contacto com a situação stressante e a procurar encontrar meios que lhe facilitem os recursos necessários para a confrontação da situação stressante.

Segundo o modelo transaccional de stress e confronto (Lazarus & Folkman, 1984), o processo de adaptação e confronto com o stressor, depende essencialmente do processo preceptivo do sujeito e não do stressor em si, tornando-se o fator responsável pelas respostas emocionais e comportamentais dos sujeitos à doença (Dekker & Groot, 2018; Borstelmann et al., 2020)

Ajustamento psicossocial

Os desafios psicossociais causados pela doença são múltiplos e um dos mais apresentados pelos doentes, relacionam-se com as necessidades de superação de múltiplos constrangimentos sociais. Enquanto por um lado, a experiência de doença faz com que os doentes experienciem estados emocionais de distress, por outro, esses mesmos estados emocionais vão relacionar-se com a forma como o doente socializa ou estabelece as suas relações interpessoais (família, amigos, equipa médica ou outros).

Hatchett, Friend, Symister, & Wadhwa (1997), num estudo que teve como objetivo analisar as expectativas interpessoais, apoio social e adaptação à doença crónica, concluíram que quanto maior a severidade da doença, maiores são as dificuldades encontradas pelas famílias em entender quais as necessidades do doente. Este fator pode explicar o fato de muitos dos doentes desejarem não incomodar os seus familiares, amigos ou até mesmo a pedir suporte social, ficando na expectativa de que eles encontrarão as estratégias que necessitam para superar as dificuldades.

Doenças crónicas não transmissíveis e multifatoriais, tal como as oncológicas (em fase de remissão ou sobrevivência), fibromialgia, artrite reumatoide, asma, entre outras, são muitas vezes acrescidas de severos sintomas como a dor crónica, fadiga e dificuldades em dormir ao longo do tempo que são relatados como sendo os sintomas geradores de maiores limitações sociais.

A fadiga crónica é um dos sintomas que pode causar maior desajustamento psicossocial ao doente. No caso dos adolescentes, pode gerar dificuldades em ir à escola, manter amizades ou fazer com que estes deixem de ter determinadas experiências de vida (Ali, Adamczyk, Burgess, & Chalder, 2019). Nos adultos, a sintomatologia é ainda mais comum, podendo variar em termos da severidade. Quanto mais severa for a fadiga (física e psicológica) maior o desgaste físico e mental, limitando as atividades físicas, incapacidade de trabalhar ou até mesmo, de reduzir a eficiência de responder a estímulos externos (Ferreira & Ribeiro, 2019).

Diferentes estudos focados em entender as variáveis do ajustamento à doença, tanto nas doenças oncológicas, como de fibromialgia, concluíram que as dificuldades psicossociais dependem também da fase da doença em que a pessoa se encontre. Dependendo da fase da doença e do tipo de tratamento a decorrer, a pessoa poderá passar por diferentes tipos de sintomas adversos, tais como fadiga, dor crónica, dispneia, insónia, ansiedade e depressão que, por sua vez, podem ser causadores de sofrimento psicológico e consequentemente, causar

afastamento de atividades domésticas, vocacionais, relacionamento familiar, sexual, cuidados de saúde e maior vulnerabilidade social (Santos, 2019).

Num estudo que pretendeu avaliar qual o papel mediador das estratégias de coping e suporte social na relação entre as crenças de saúde e ajustamento psicológicos dos doentes com esclerose múltipla, os autores concluíram que existem relações diretas e indiretas dependendo do nível de incapacidade. No entanto, os indivíduos que utilizam as estratégias que revelem maior coerência no entendimento da doença, maior sensação de controle pessoal e de tratamento, apresentam maiores capacidades de ajustamento e satisfação com a vida (Bassi et al., 2020).

Resiliência, ajustamento emocional e psicossocial à doença oncológica

Segundo Martins (2018), num estudo que avalia a importância do acompanhamento terapêutico para o ajustamento psicossocial da mulher com cancro de mama, foi possível verificar que quanto maior o suporte social familiar e, em particular, o do cônjuge, mais baixos os níveis de depressão e ansiedade. No que respeita ao suporte social, acrescenta ainda que os doentes oncológicos têm, habitualmente, maior suporte social do que outro tipo de doentes. Reforçando ainda, o papel que a psicoterapia pode ter na incrementação do aumento de um maior apoio social, principalmente, se os programas contemplarem mais psicoeducação e apoio psicológico aos cônjuges, no sentido de estes conseguirem serem apoiantes mais assertivos e efetivos.

Zhang, Zhao, Cao, & Ren (2017), num estudo que teve como objetivo entender o papel mediador do apoio social com doentes de cancro de mama, concluíram que o apoio social é fundamental para desenvolver e incrementar resiliência nas doentes, por as ajudar a aumentar o significado de experiência e qualidade de vida.

No mesmo sentido, Li, Qiao, Luan, Li, & Wang (2019), afirmam que famílias mais resilientes influenciam, de forma direta e indireta, a resiliência e o ajustamento à doença do próprio doente, fazendo com que os efeitos do stress pós traumático sejam diminuídos.

Todavia, quando se procura entender quais as variáveis que influenciam o aumento de resiliência, Li et al. (2019), concluíram que no caso do cancro de fígado, doentes submetidos a químio embolação (injeção que diminui o fluxo de sangue que chega às células cancerígenas no fígado), os níveis de educação, autoeficácia e coping positivo de confronto à doença, conjugados com sentimentos de esperança, influenciam os níveis de resiliência dos doentes e que, inclusive, estas variáveis podem ser preditivas de menos metastizações.

Contudo, independentemente das características individuais do doente, promover o aumento de resiliência nos doentes oncológicos, torna-se fundamental para que sejam diminuídos os riscos associados a futuras doenças mentais, derivadas da exposição ao stress. Neste sentido, Ludolph, Kunzler, Stoffers-Winterling, Helmreich & Lieb (2019), concluíram que os modelos de intervenção baseados na psicologia positiva, terapias de grupo expressivas de apoio, terapia cognitiva-comportamental e mindfulness são aqueles que mais potencializam estratégias de coping adaptativas e consequentemente, maior resiliência face à doença.

Borstelmann et al. (2020), ao relacionarem o estado emocional dos doentes oncológicos e o uso de estratégias de confronto para o apoio emocional fornecido pelos companheiros/cuidadores/cônjuges de doentes, concluíram que a angústia e as estratégias de confronto têm uma relação interdependente entre si. Assinalando que quanto maior for o apoio emocional por parte do companheiro/cuidadores/cônjuges, para o uso de estratégias de confronto à doença, melhores são os níveis de ajustamento emocional, fazendo com que o doente se venha a sentir mais seguro e acompanhado para enfrentar as vulnerabilidades, sabendo que o companheiro, cuidador ou cônjuge entende, não só as suas reações emocionais, como as suas necessidades.

Desta forma, os autores chamam à atenção para as necessidades de modelos de intervenção mais abrangentes de apoio à família que por sua vez, terão um impacto significativo no estado emocional e de ajustamento dos doentes.

Resiliência, ajustamento emocional e psicossocial à doença de fibromialgia

Segundo Sánchez (2016), quando a resiliência e otimismo se relacionam na doença de fibromialgia, é possível concluir que quanto maior a resiliência, maior a tolerância à dor e menor ansiedade e depressão, o que aumenta os níveis de ajustamento à doença. Já Martinez, Bologna, & El-Kadre (2017), ao correlacionar o grau de resiliência e o impacto da FM na qualidade de vida, concluíram que baixos níveis de resiliência têm um maior impacto no (des)ajustamento à doença, por aquela diminuir a autoconfiança, independência, decisão, poder e perseverança de como lidar com as adversidades do dia-a-dia.

A doença de fibromialgia apresenta também grande comorbilidade associada com sintomatologia psiquiátrica (ansiedade, depressão, transtorno bipolar) que conjugados com a da doença em si, causam níveis significativos de sofrimento à pessoa, piorando os aspetos da sua qualidade de vida. As dificuldades de ajustamento emocional, são também associadas à incapacidade de realizar um conjunto de tarefas, afastando a pessoa do trabalho ou de socializar, por falta de motivação ou predisposição (Melo, Madruga, & Torro, 2020).

Os aspetos multifatoriais ligados à dor, limitações físicas ou perdas de autonomia, acabaram por ter impacto nos níveis socioeconómicos (perdas ocupacionais, associadas a rendimentos financeiros) que por sua vez, associados aos níveis de stress, depressão e ansiedade vividos em situações de doença, fazem com que a qualidade de vida física e psicológica seja severamente afetada (Monteiro, Oliveira, & Oliveira, 2021). No mesmo sentido, Oliveira, Berardinelli, Cavaliere, Rosa, Costa, & Barbosa (2019), acrescentam ainda que a falta de sono reparador, fazem com que o stress e dor crónica aumentem, fazendo com que a pessoa vá adquirindo padrões de isolamento socialmente. Estes padrões de isolamento, associados a sentimentos de solidão, frustração e dor psicológica, ativam significativamente o sofrimento psicológico.

Horta & Figueiroa (2019), num estudo que pretendeu avaliar a relação entre os níveis de comprometimento funcional e a intensidade da dor, depressão, ansiedade e alexitimia (dificuldade de descrever emoções, sentimentos e sensações corporais), concluíram que os níveis de perda de funcionalidade e o seu impacto, eram superiores nas pacientes de fibromialgia em comparação com outras doenças reumatológicas e que, mais de metade apresentava níveis significativos de depressão, ansiedade e alexitimia.

Mun, Ruehlman, & Karoly, (2020), num estudo que pretendeu analisar os padrões de ajustamento em adultos com múltiplas condições de dor crónica, inclusive com fibromialgia e múltiplos locais de dor, concluíram que as mulheres solteiras de meia-idade com fibromialgia, baixo nível socioeconómico, relatavam um maior número de quadros e locais de dor. Assim como, ter vários locais e condições de dor pode representar uma barreira psicossocial pelo desajustamento à própria dor.

Tendo por base a revisão da literatura, também foi passível de entender que apesar de haver cada vez mais estudos relacionados com a resiliência, o ajustamento emocional e o ajustamento psicossocial à doença, não se encontram resultados que utilizem estas variáveis conjugadas entre si. Relativamente às duas amostras, a literatura apresenta estudos com ambas, mas individualmente. No entanto, para a análise de ajustamento à doença, as duas doenças, foram consideradas pelo carater incapacitante e crónico, onde as suas implicações já estão bem documentadas face ao ajustamento emocional e psicossocial.

O presente estudo

Tendo por base a revisão da literatura, este estudo tem como objetivo entender qual ou quais os fatores de resiliência que melhor predizem o ajustamento emocional (AE) e ajustamento psicossocial à doença (APD). Tem também, o objetivo de testar dois modelos de mediação: 1) relação entre a resiliência e o AE, mediado pelo ajustamento psicossocial e 2) relação entre resiliência e APD, mediado pelo ajustamento emocional por forma a verificar qual mostra ter maior caráter explicativo. Caso se verifiquem alterações significativas na relação de mediação entre os ajustamentos, procurar-se-á entender se essa mesma relação é afetada em diferentes tipos de doença, nomeadamente, doença oncológica e doença de fibromialgia.

Como tal, procedeu-se à testagem das seguintes hipóteses:

H1: A Perceção do Self e Planeamento Futuro são preditores de melhor ajustamento psicossocial para ambas as doenças

H2: A resiliência correlaciona-se inversamente com os diferentes (des)ajustamentos

Para o entendimento da relação de mediação, a título exploratório, foram propostos dois modelos de mediação simples. No Modelo I, o AE medeia a relação entre a resiliência e o APD, enquanto no Modelo II, o APD medeia a relação entre a resiliência e o AE (Figura 1 e 2).

Proposta de Modelo I (Ajustamento Emocional)

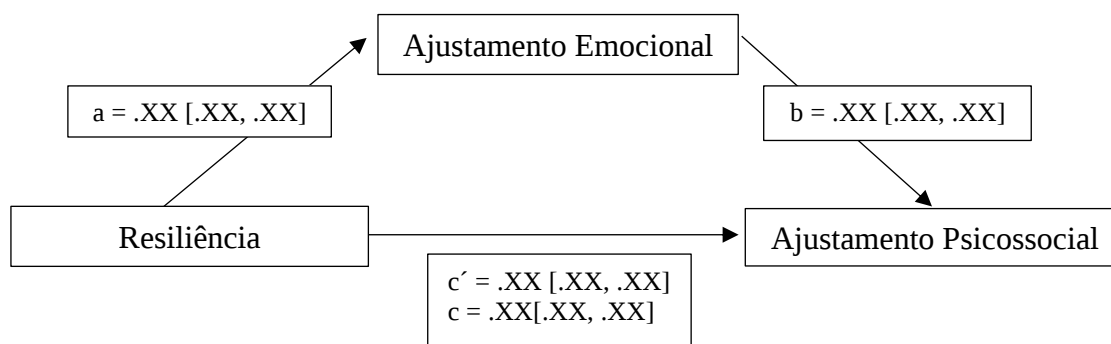
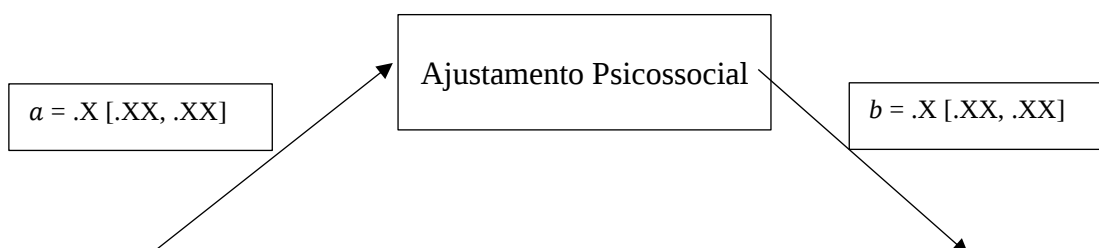


Figura 1.: Proposta de Modelo Conceptual de Mediação Simples - I de análise do ajustamento emocional como mediador entre a resiliência e o ajustamento psicossocial.

Proposta de Modelo II (Ajustamento Psicossocial)



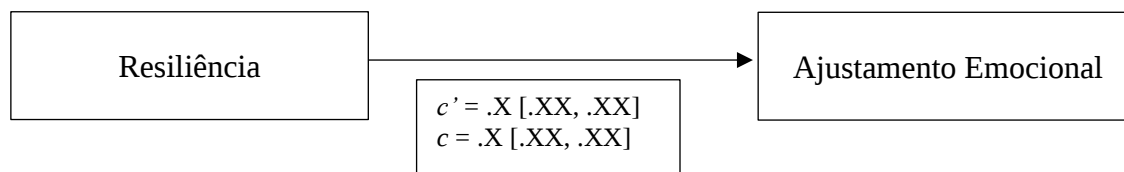


Figura 2: Proposta de Modelo Conceptual de Mediação Simples - II de análise do ajustamento psicossocial como mediador entre a resiliência e o ajustamento emocional.

MÉTODO

Este é um estudo exploratório e transversal, de metodologia quantitativa que conta com uma amostra não probabilística e de conveniência através de questionários de autorelato, recolhidos de forma *online*, através de um inquérito lançado na rede social *Facebook* dos grupos de apoio à doença oncológica e de fibromialgia.

Participantes

O estudo contou com a participação de 197 mulheres diagnosticadas com doença oncológica e de fibromialgia, prevalecendo apenas 119, por preencherem o critério de ter diagnóstico de doença há mais de três anos. Apresentam idades compreendidas entre os 24 e os 88 anos ($M = 51.59$ anos; $DP = 11.5$), das quais 44 se encontram diagnosticadas com doença oncológica ($M = 57.75$ anos; $DP = 12.36$) e 75 com fibromialgia. ($M = 47.97$ anos; $DP = 9.29$).

Tabela 1.

Caracterização sociodemográfica dos participantes

	D.Oncológica (n = 44)		D. Fibromialgia (n = 75)		Amostra total (n = 119)	
	n	%	n	%	n	%
Nacionalidade						
Portuguesa	39	88.6	70	93.3	109	91.6
Outra	5	11.4	5	6.7	10	8.4
Habilitações Académicas						
Básico	1	2.3	7	9.3	8	6.8

Secundário	20	45.5	40	53.3	60	50.4
Superior	23	52.3	28	37.3	51	42.9
Residente						
Centro Urbano	34	77.3	29	38.7	84	52.9
Zona Rural	10	22.7	46	86.7	35	29.4
Situação Profissional						
Empr.(a) por conta de outrem	16	36.4	35	46.7	51	42.9
Trab.(a) Independente	9	20.5	9	12.0	18	15.1
Baixa Médica	3	6.8	5	6.7	8	6.7
Desempregado	3	6.8	11	14.7	14	11.8
Doméstico(a)/ Reformado(a)	13	29.5	15	20.0	28	23.5
Est. Civil						
Sem relacionamento	9	20.5	8	10.7	17	14.3
União de fato/ coabitação	8	18.2	22	29.3	30	25.2
Casamento	19	43.2	39	52.0	58	48.7
Separado(a)/ divorciado(a)	8	18.2	6	8.0	14	11.8
Vive com						
Sozinho	8	18.2	10	13.3	18	15.1
Acompanhado	36	81.8	65	86.7	101	84.9
Tempo de Diagnóstico						
Entre 3 anos e 5 anos	13	29.5	20	26.7	33	27.7
Há mais de 5 anos	31	70.5	55	73.3	86	72.3
Acompanhamento Psicológico						
Nunca teve	34	77.3	29	38.7	63	52.9
Tem ou Teve acompanhamento	10	22.7	46	61.3	56	47.1
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	57.75	12.36	47.97	9.29	51.59	11,5

Instrumentos

Questionário de Dados Sociodemográfico

O questionário solicitou informações referentes à idade, sexo, nacionalidade, habilitações académicas, local de residência, situação profissional, estado civil, com quem vive, tempo de diagnóstico da doença e se tem/teve ou não acompanhamento psicológico.

Escala de Resiliência para Adultos

A Escala de Resiliência para Adultos (ERA), no original em inglês, "*Resilience Scale for Adults*" (RSA), foi publicada originalmente por Hjemdal, Friborg, Martinussen & Rosenvinge (2001), adaptada para a população portuguesa por Pereira, Cardoso, Albuquerque, Janeiro & Alves (2016).

Esta escala é composta por 33 itens organizados em seis fatores: [Perceção do Self (PS), com 6 itens que tem como objetivo avaliar a confiança das próprias capacidades e julgamentos, autoeficácia e expectativas realistas; Planeamento Futuro (PF), 4 itens, para o entendimento da capacidade de planeamento antecipado, visão otimista e a capacidade de orientação por objetivos claros e alcançáveis; Competências Sociais (CS), 6 itens, que procura entender a flexibilidade em interações sociais, capacidade de criar novas amizades, assim como, conseguir sentir-se à vontade em ambientes sociais, fazendo uso positivo do humor; Coesão Familiar (CF), 6 Itens, que avaliam os valores partilhados ou discordantes na família; Recursos Sociais (RS), 7 itens, que mede a disponibilidade de apoio social, se existe alguém fora do ambiente social que encoraje o apoio ou se existe alguém a quem recorrer fora da família, caso necessitem de ajuda e, por último, o Estilo Estruturado (EE), 4 itens, para avaliar a capacidade de ter ou seguir rotinas, organização do próprio, preferência por objetivos ou planos claros antes de realização das atividades].

Os itens da escala são apresentados com formato de resposta tipo diferencial semântico e uma cotação que varia entre 1 e 7. Dezassete dos 33 itens da escala total são invertidos (3, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 18, 19, 22, 23, 26, 28, 29, 31, 33) antes dos cálculos finais. Os resultados podem ser obtidos de duas formas: através do somatório de todos os indicadores ou através do cálculo da média dos resultados dos fatores. Um resultado mais elevado, corresponde a melhores níveis de resiliência.

Segundo Pereira et al. (2016), a escala apresenta uma boa validade de construto, com bons níveis de fidedignidade, para além de uma excelente consciência interna, através de alfa

de *Cronbach* ($\alpha \geq .90$) para o total da escala. O presente estudo apresentou uma elevada consistência global para ambos os grupos de doença (D.O., $\alpha = .85$; D.F., $\alpha = .83$)

Brief Symptom Inventory 18

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18), foi desenvolvida por Derogatis (2001). O inventário resulta no resumo de duas escalas do mesmo autor: o Brief Symptom Inventory (BSI, com 53 itens; Derogatis, 1993) e o Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R, com 90 itens; Derogatis, 1994), com adaptação e validação para a população portuguesa por Canavarro, Nazaré & Pereira (2009).

Este instrumento tem como objetivo rastrear níveis de *distress* ou mal-estar psicológico em populações comunitárias e clínicas, cujos 18 itens se encontram organizados em três subescalas representadas equitativamente (Somatização, Depressão e Ansiedade, com 6 itens cada).

A subescala de Somatização avalia o *distress* associado às manifestações do sistema regulador gastrointestinal e cardiovascular. A subescala Depressão, foca os indicadores dos sintomas nucleares das perturbações depressivas e por fim a subescala da Ansiedade, foca indicadores de estados de pânico.

A resposta ao questionário é feita por escala de Likert de nível 4 que oscila entre 0 (Nada) e 4 (Extremamente). O Índice de Gravidade Global (IGG), é obtido através do somatório da pontuação de todos os itens, que correspondem ao nível geral de *distress* psicológico da pessoa. A pontuação mais elevada reflete a psicossintomatologia mais intensa.

Segundo Canavarro, Nazaré & Pereira (2009), a BSI-18 apresenta bons valores consistência interna para o total global da escala, através de alfa de *Cronbach* ($\alpha \geq .90$), em grupos clínicos. No presente apresentou uma excelente consistência interna para o total global da escala em ambos os grupos de doença (D.O., $\alpha = .90$; D.F., $\alpha = .90$)

Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença - Autoavaliação

A Escala de Ajustamento Psicossocial à Doença - Autoavaliação (EAPD-AA), de Derogatis e colaboradores (1983), encontra-se traduzida e adaptada para a população portuguesa por Schildberger & Teixeira (1994) é uma escala que tem como objetivo avaliar de forma muito completa o ajustamento psicossocial à doença, nomeadamente a doença do cancro.

A EAPD-AA, é constituída por 46 itens, abrangendo sete dimensões que avaliam o ajustamento à doença: (D) Domínios, que têm como objetivo avaliar as orientações para os

cuidados gerais de saúde, percepção de cuidados médicos, expectativas em relação ao desenvolvimento da doença e tratamentos (8 itens); (AP) Ambiente Profissional, avaliando as dificuldades no desempenho profissional, absentismo e conflitos interpessoais (6 itens); (AD) Ambiente Doméstico, avalia a qualidade dos relacionamento conjugal e outros coabitantes, dificuldades na execução de tarefas domésticas, adaptação e comunicação familiar, dependência e incapacidade familiar e recursos financeiros (8 itens); (RS) Relação Sexual, avalia a qualidade do relacionamento sexual interpessoal, interesse, frequência, satisfação ou disfunção sexual, para além dos conflitos interpessoais relacionados com o sexo (6 itens); (RFA) Relação com a Família Alargada, avaliando a comunicação, interesse em interagir, dependência física e social da família alargada e qualidade de relacionamento (5 itens); (AS) Ambiente Social, avalia os interesses perante as atividades de lazer individuais, em família e de cariz social, para além da participação nas mesmas (6 Itens) e por último, (PP) Perturbações Psicológicas que avalia a ansiedade, depressão, hostilidade, culpa, preocupação, auto desvalorização e distorção da imagem corporal (7 itens:), relativamente aos últimos 30 dias que antecedem ao preenchimento do questionário (Schildberger & Teixeira, 1994). Através de 4 possibilidades de resposta que melhor descrevem a experiência pessoal do indivíduo, os 46 itens estão agrupados pelos domínios e as opções de resposta variam de A a D, gerando uma pontuação entre o 0 e os 3 valores, atribuídas de forma específica a cada item par ou ímpar (Nunes, 2008).

A informação colhida permite o cálculo de um resultado global (quanto mais elevado for o resultado obtido, pior é o ajustamento à doença), dos resultados de cada uma das subescalas (uma cotação elevada em uma das subescalas pode significar dificuldades numa área específica) e a nível dos itens específicos pode revelar aspetos importantes acerca da vivência da doença específica do sujeito.

Segundo Nunes (2008), esta escala apresenta bons índices de consistência interna no global da escala, através de um alfa de *Cronbach* ($\alpha = .80$). No presente verificou-se uma consistência interna para o global da escala de ($\alpha = .86$) para ambos os grupos de doença.

Procedimento de recolha de dados

O presente estudo decorreu durante o ano de 2021, período correspondente ao último ano do curso de mestrado de Psicóloga Clínica e da Saúde e desenvolvido após aprovação favorável da Comissão de Ética e Deontológica da Investigação Científica da Escola de

Psicologia e Ciências da Saúde da Universidade Lusófona de humanidades e Tecnologias de Lisboa.

Foi desenvolvido um formulário, através de um programa específico de questionários online que por sua vez, gera um *link* de respostas ao questionário, onde iam explicados os termos de participação e confidencialidade, objetivos de estudo, para além dos contactos telefónicos e de email para o caso de existirem questões por parte dos participantes. Os critérios de inclusão utilizados foram: ser maior de idade, ser do sexo feminino, ter sido diagnosticados com a doença de fibromialgia e por último, ter a língua portuguesa como língua nativa.

Posteriormente o *link* foi partilhado através dos grupos públicos de apoio à doença à doença oncológica e de fibromialgia, na rede social *Facebook* (eg.: “A vida depois do Cancro”; “Voltar a Nascer Depois do Cancro”; Fibras - Associação de Fibromialgia; Fibromialgia em Portugal), onde os participantes dos grupos demonstravam a sua concordância de participação e entendimento dos termos expostos.

As respostas dos participantes foram efetuadas online e enviadas diretamente e automaticamente para um banco de dados, garantindo a confidencialidade e anonimato dos mesmos. Não foram feitas perguntas de informações pessoais, (e.g. nome; morada, email, etc.), tendo sido apagado o IP associado a cada resposta.

Preparação de Dados e Análise Estatística

A análise de dados foi efetuada através do programa *IBM SPSS Statistics*, versão v.27 (SPSS Inc.).

Para a análise estatística foram selecionados múltiplos procedimentos estatísticos, dependendo da intencionalidade da análise e características das variáveis. Foi efetuada uma análise exploratória para a verificação da existência de valores omissos, distribuição normal das variáveis e tendo em conta que a normalidade da amostra foi verificada, todos os métodos apresentados são paramétricos.

Foi analisada a consistência interna das escalas de medida, de acordo com parâmetros indicados de análise de Devellis (1991). Foram utilizados métodos de correlação bivariada de Pearson, modelos de regressão linear múltipla (Marôco, 2018).

Os modelos de mediação simples foram testados via macro Process 4.00 (Hayes, 2018) para IBM – SPSS, modelo 4 (mediação simples), com o método de reamostragem bootstrap com 10000 amostras. Este método foi escolhido visto ser considerado um método mais preciso

na estimativa dos erros-padrão e intervalos de confiança do que os testes de hipóteses (Effron & Tibshirani, 1993).

O tamanho do efeito indireto foi avaliado pela proporção do efeito total mediado (Pm) (Shrout & Bolger, 2002), interpretado segundo os critérios de Preacher e Kelley (2011): pequeno (0,01), médio (0,09) e grande (0,25).

Resultados

Inicialmente, foi realizada a análise de medidas descritivas das escalas de interesse, contendo as médias dos totais das subescalas e respetivos desvios-padrão

Tabela 2.

Caracterização das medidas de interesse

Escala / Subescala	D. Oncológica				D.Fibromilgia			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Máx.</i>
Resiliência								
Perceção do Self	29.98	6.71	13	41	25.11	8.99	7	41
Planeamento Futuro	17.84	4.80	7	9	14.51	6.33	4	28
Comp. Sociais	29.66	7.47	9	11	26.76	8.11	6	42
Estilo Estruturado	18.16	3.92	11	25	16.44	4.89	7	27
Coesão Familiar	29.45	9.05	6	42	29.13	8.72	7	42
Recursos Sociais	38.30	8.28	14	49	35.09	8.94	12	49
Total	163.39	31.56	79	225	147.04	34.31	63	216
AE								
Somatização	6.14	3.81	0	15	11.08	5.51	1	22
Ansiedade	6.16	4.04	0	16	10.92	5.64	1	24
Depressão	4.73	3.95	0	15	9.73	6.28	0	24
Total	17.02	10.76	1	41	31.73	16.02	2	64
APD								

Domínios	7.05	3.18	1	14	13.19	4.15	4	24
Amb. Vocacional	6.36	3.85	0	16	8.81	4.50	0	18
Amb. Doméstico	7.95	4.65	1	18	10.96	4.37	2	22
Rel. Sexuais	6.32	4.40	0	18	7.53	4.06	0	18
Rel. F. Alargada	2.95	3.33	0	13	4.97	3.50	0	12
Amb. Social	5.91	5.30	0	18	10.96	4.36	0	18
Pert. Psicológicas	5.98	4.36	0	20	10.79	4.66	0	21
Total	42.52	21.87	8	97	67.21	21.91	23	127

O estudo da comparação de médias entre grupos (tabela 3) para as variáveis de interesse demonstrou a existência de diferenças de médias estatisticamente significativas. No que respeita à resiliência, foi o grupo de mulheres com doença oncológica que apresentou média superior ($t(117) 2,581; p=,001$). Já no que concerne a ambos os (des)ajustamentos foi o grupo de mulheres com doença de fibromialgia que apresentou um índice superior.

Tabela 3.

Comparação entre grupos para as variáveis de interesse

	D. Oncologia (n = 44)		D. Fibromialgia (n = 75)		t (117)	Sig.
	M	DP	M	DP		
Resiliência	163.39	31.56	147.04	34.31	2.58	.011
AE	17.07	10.75	31.73	16.02	-5.41	.000
APD	42.52	21.87	67.21	21.90	-5.94	.000

Nota: * = $p < .05$; ** = $p < .01$

Modelo de Regressão Linear Múltipla - Ajustamento Emocional

Para a análise foi utilizada uma regressão linear múltipla e verificados os pré-requisitos ($n \geq 20$) para cada variável preditora, valores independentes, verificação da relação linear entre a V.D. e V.I.; resíduos independentes, ausência de multicolinearidade, ausência de outliers, resíduos normalmente distribuídos e homocedasticidade), através do método Stepwise, de forma

a verificar qual ou quais das variáveis da resiliência melhor predizem cada um dos ajustamentos (AE /APD).

Na regressão linear múltipla para verificar qual ou quais das variáveis da resiliência tem maior capacidade de prever o ajustamento emocional, verificou-se que o modelo é estatisticamente significativo [F (1, 117) = 61,32; $p < .001$; $R^2 = .34$], concluindo que a dimensão de resiliência, Perceção do Self ($\beta = -.586$; $t = -7.83$; $p < .001$) é a variável que melhor prediz o AE. (Tabela 5 e 6)

Tabela 4.

Modelo de Regressão Linear Múltipla da resiliência no AE

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro Estimado	Durbin-Watson
1	,586 ^a	0,344	0,338	12,966	1,681

Nota: a) Preditora (Constante): Perceção do Self (PS); b) V.D.: Ajustamento Emocional (BSI-18); * = $p < .05$; ** = $p < .01$

Tabela 5.

Análise de Coeficientes de Regressão Linear Múltipla

Modelo		Coeficiente Standartizado		Coeficiente Standartizado	t	Sig
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	55,773	3,948		14.128	,000
	ERA_PS	-1,096	0,140	-0,586	(-7.831)	,000

Nota: * = $p < .05$; ** = $p < .01$

Modelo de Regressão Linear Múltipla - Ajustamento Psicossocial à Doença

Na segunda análise de regressão linear múltipla para verificar qual ou quais das variáveis da resiliência têm maior capacidade de prever o APD, foi possível concluir que o modelo com três preditores é o que apresenta maior capacidade preditiva [F(3, 115) = 50.74; $p < .001$; $R^2 = .57$], concluindo que as variáveis de resiliência Perceção do Self ($\beta = -.455$; $t = -6.37$; $p < .001$), Coesão Familiar ($\beta = -.32$; $t = -4.71$; $p < .001$) e Estilo Estruturado ($\beta = -.586$; $t = -7.83$; $p < .001$) são aquelas que melhor predizem o APD. (Tabela 7 e 8)

Tabela 6.

Modelo de Regressão linear múltipla da Resiliência no APD

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro Estimado	Durbin-Watson
1	,666 ^a	0,444	0,439	18,633	
2	,733 ^b	0,537	0,529	17,064	
3	,754 ^c	0,568	0,557	16,562	1,622

Nota: a) Preditora (Constante): Perceção do Self (PS), Coesão Familiar (CF); b) Preditora (Constante): Perceção do Self; c) Preditora (Constante): Perceção do Self, Coesão Familiar (CF) e Estilo Estruturado (EE); d) V.D.: Ajustamento Psicossocial (EADP-T);

Tabela 7.

Análise de coeficientes de Regressão Linear Múltipla

Modelo		Coeficiente Standartizado		Coeficiente Standartizado	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
3	(Constant)	137,857	7.18		19,199	.000
	ERA_PS	-1,327	.208	-0,455	-6,371	.000
	ERA_CF	-0,916	.194	-0,324	-4,713	.000
	ERA_EE	-1,012	.354	-0,188	-2,854	,005

Nota: a) V.D.: Ajustamento Psicossocial (AEDP-T); * = p < .05; ** = p < .01

No seguimento da análise foi efetuada uma correlação de Pearson, de forma a serem verificadas as condições para a análise de mediação de cada grupo.

Tabela 8.

Matriz de correlação bivariadas de Pearson das variáveis de interesse na D. Oncológica e D. Fibromialgia

	D. Oncologia			D. Fibromialgia		
	1	2	3	1	2	3
Resiliência	---			---		
AE	-.703**	---		-.465**	---	
APD	-.712**	.726**	---	-.775**	.404**	---

Nota: * = p < .05; ** = p < .01

Modelo de Mediação Simples

Modelo I e II - Ajustamento à Doença Oncológica

O Modelo I de mediação simples da aferição da relação entre a resiliência e o ajustamento psicossocial à doença oncológica mediada pelo AE, os resultados indicam que a resiliência prevê significativamente o AE ($a = -.24$, IC 95% $[-.32, -.16]$, $t = -6.41$, $p < .001$, $R^2 = .49$), enquanto o AE prediz APD ($b = .90$, IC 95% $[.34, 1.47]$, $t = 3.24$, $p = .002$, $R^2 = .61$), tendo sido encontrado um efeito total entre a resiliência e o APD ($c = -.49$, IC 95% $[-.64, -.34]$, $t = -6.57$, $p < .001$, $R^2 = .50$). O efeito direto significativo da resiliência no APD ($c' = -.27$, IC 95% $[-.47, -.08]$, $t = -2.89$, $p = .006$, $R^2 = .60$), indicando um efeito de mediação parcial ($ab = -.21$; IC 95% $[-.44, -.06]$). Segundo os critérios de Preacher e Kelley (2011) o efeito indireto de mediação encontrado é médio. Para além de que nos termos da proporção da mediação entre a resiliência e o ajustamento psicossocial ($PM = .57$), a razão do efeito do AE na relação entre a resiliência e o APD é de 43%.

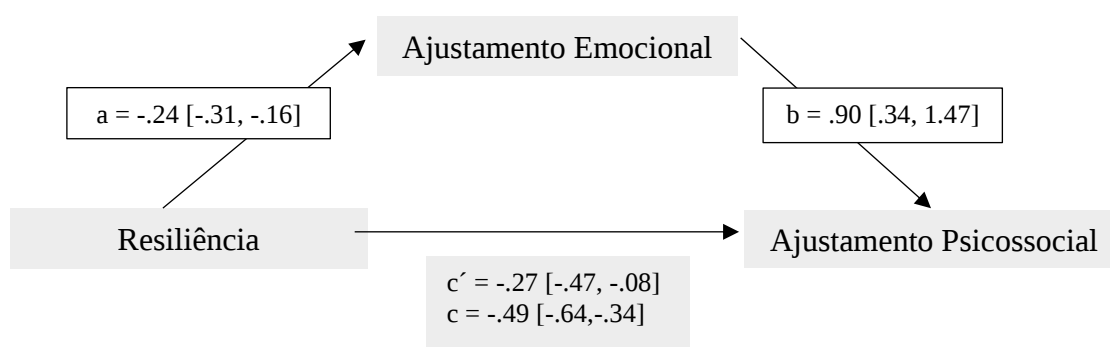


Figura 3: Resultados do modelo de mediação simples da resiliência como preditor de ajustamento psicossocial na doença oncológica, mediado pelo ajustamento emocional, através de um intervalo de confiança 95%.

O Modelo II de mediação simples da aferição da relação entre a resiliência e o ajustamento emocional mediada pelo ajustamento psicossocial, os resultados indicam que a resiliência prevê significativamente o ajustamento psicossocial ($a = -.49$, IC 95% $[-.64, -.34]$, $t = -6.57$, $p < .001$, $R^2 = .51$), enquanto que o ajustamento psicossocial prediz o ajustamento emocional ($b = .22$, IC 95% $[.08, .36]$, $t = 3.24$, $p < .001$, $R^2 = .60$), tendo sido encontrado um efeito total entre a resiliência e o ajustamento emocional ($c = -.26$, IC 95% $[-.31, -.16]$, $t = -6.41$, $p < .001$, $R^2 = .49$). O efeito direto significativo da resiliência no ajustamento psicossocial ($c' = -.12$, IC 95% $[-.23, -.03]$, $t = -2.67$, $p = .010$, $R^2 = .60$), indicando um efeito de mediação parcial ($ab = -.11$; IC 95% $[-.18, -.03]$). Segundo os critérios de Preacher e Kelley (2011) o efeito indireto de mediação encontrado é médio, no entanto em termos da proporção da

mediação entre a resiliência e o ajustamento emocional ($PM = .52$), sendo a razão do efeito do ajustamento psicossocial na relação entre a resiliência e o ajustamento emocional ser de 48%.

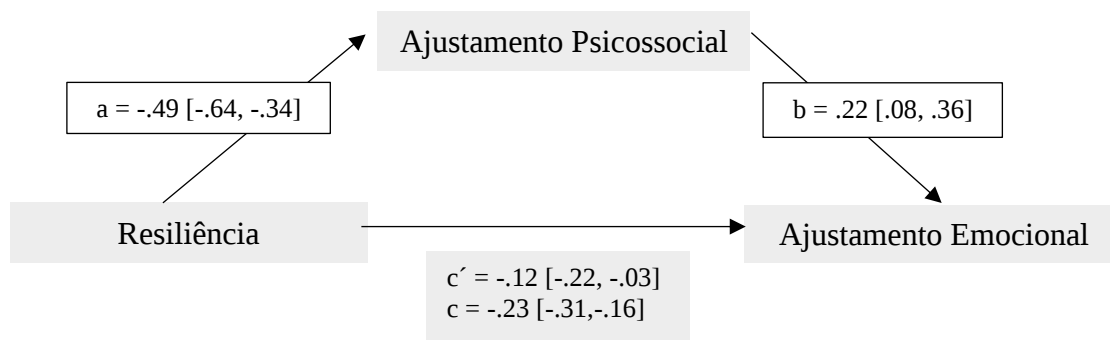


Figura 4: Resultados do modelo de mediação simples do ajustamento psicossocial à doença na relação da resiliência com o ajustamento emocional, na doença oncológica., através de um intervalo de confiança 95%, através da técnica de Bootstrapping.

Modelo I e II - Ajustamento à Fibromialgia

Para a doença de fibromialgia, a análise de mediação simples da aferição da relação entre a resiliência e o APD mediada AE (Modelo I), assim como, para a relação entre a resiliência e o AE mediada APD (Modelo II), os resultados indicam que a resiliência prevê significativamente tanto o AE ($a = -.89$, IC 95% [-1.25,-.55], $t = -4.9$, $p < .001$, $R^2 = .25$) como o APD ($a = -1.62$, IC 95% [-2.04,-1.19], $t = -7.6$, $p < .001$, $R^2 = .44$), no entanto, quando testada a relação entre ADP a predizer o AE ($b = .09$, IC 95% [-.10, .29], $t = .93$, $p = .35$, $R^2 = .26$) ou AE a predizer APD ($b = .12$, IC 95% [-.14, .40], $t = .93$, $p = .35$, $R^2 = .45$), verifica-se que segundo os critérios de Preacher e Kelley (2011) o efeito relação de mediação é nulo.

Perante os resultados anteriores, considerou-se pertinente explorar o comportamento da análise para o total da amostra

Modelo I e II – Ajustamento à Doença

No Modelo I de mediação simples da análise da relação entre a resiliência e o ajustamento psicossocial à doença mediada pelo ajustamento emocional, os resultados indicam que a resiliência prevê significativamente o ajustamento emocional ($a = -.26$, IC 95% [-.33, -.19], $t = -7.29$, $p < .001$, $R^2 = .31$), enquanto que o ajustamento emocional prediz o ajustamento psicossocial ($b = .40$, IC 95% [.18, .61], $t = 3.67$, $p < .001$, $R^2 = .61$), tendo sido encontrado um efeito total entre a resiliência e o ajustamento psicossocial ($c = -.54$, IC 95% [-.64, -.46], $t = -12.39$, $p < .001$, $R^2 = .57$). O efeito direto significativo da resiliência no ajustamento psicossocial ($c' = -.41$, IC 95% [-.50, -.31], $t = -8.50$, $p < .001$, $R^2 = .51$), indicando um efeito de mediação

parcial ($ab = -.10$; IC 95% $[-.18, -.05]$). Segundo os critérios de Preacher e Kelley (2011) o efeito indireto de mediação encontrado é médio. Para além de que nos termos da proporção da mediação entre a resiliência e o ajustamento psicossocial ($PM = .81$), a razão do efeito do ajustamento emocional na relação entre a resiliência e o ajustamento psicossocial, é apenas de 19%.

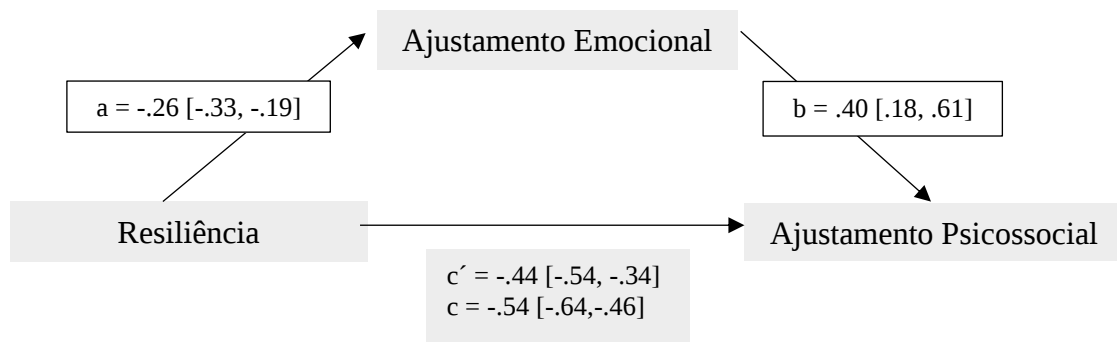


Figura 5: Resultados do modelo de mediação simples do ajustamento emocional na relação da resiliência com de ajustamento psicossocial à doença, através de um intervalo de confiança 95%.

O Modelo II de mediação simples da aferição da relação entre a resiliência e o ajustamento emocional à doença mediada pelo ajustamento psicossocial, os resultados indicam que a resiliência prevê significativamente o ajustamento psicossocial ($a = -.55$, IC 95% $[-.64, -.46]$, $t = -12.39$, $p < .001$, $R^2 = .57$), enquanto que o ajustamento psicossocial prediz o ajustamento emocional ($b = .26$, IC 95% $[.12, .40]$, $t = 3.67$, $p < .001$, $R^2 = .38$), tendo sido encontrado um efeito total entre a resiliência e o ajustamento emocional ($c = -.26$, IC 95% $[-.33, -.19]$, $t = -7.29$, $p < .001$, $R^2 = .31$). O efeito direto significativo da resiliência no ajustamento psicossocial ($c' = -.12$, IC 95% $[-.22, -.01]$, $t = 3.67$, $p < .001$, $R^2 = .38$), indicando um efeito de mediação parcial ($ab = -.14$; IC 95% $[-.22, -.08]$). Segundo os critérios de Preacher e Kelley (2011) o efeito indireto de mediação encontrado é médio, no entanto em termos da proporção da mediação entre a resiliência e o ajustamento emocional ($PM = .44$), sendo a razão do efeito do ajustamento psicossocial na relação entre a resiliência e o ajustamento emocional ser de 56%.

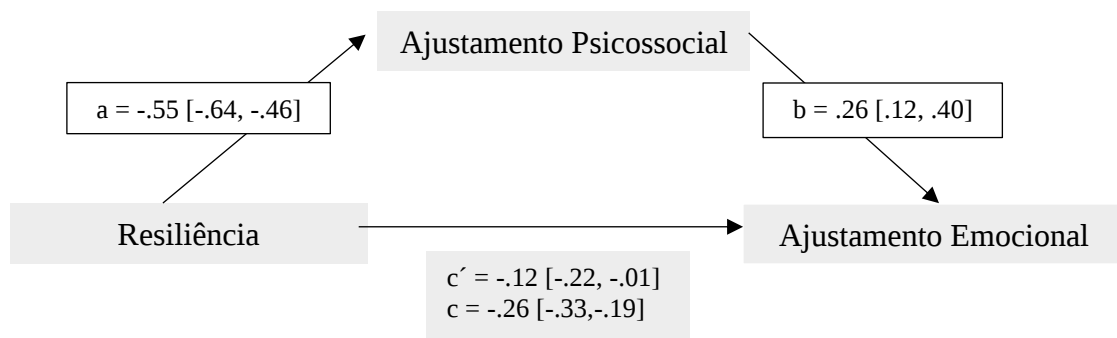


Figura 6: Resultados do modelo de mediação simples do ajustamento psicossocial à doença na relação da resiliência com o ajustamento emocional na doença, através de um intervalo de confiança 95%, através da técnica de Bootstrapping.

Discussão

No presente estudo, após a análise de dados preparatória (comparação entre grupos, análise de associação entre variáveis), pretendeu-se verificar: qual ou quais os fatores da resiliência que melhor predizem cada um dos ajustamentos (Emocional - AE e Psicossocial à Doença - APD) e, testar dois modelos de mediação: 1) relação entre a resiliência e o AE, mediado pelo ajustamento psicossocial e 2) relação entre resiliência e APD, mediado pelo ajustamento emocional, por forma a verificar qual dos dois mostra ter maior caráter explicativo. Caso se verifiquem alterações significativas na relação de mediação entre os ajustamentos, procurar-se-á entender se essa mesma relação é afetada em diferentes tipos de doença, nomeadamente, doença oncológica e doença de fibromialgia.

Tendo por base que em ambas as doenças (Oncológica/Fibromialgia) o tempo de diagnóstico tem mais de três anos, onde a doença oncológica pode ser enquadrada como doença crónica, a análise de valores médios globais encontrados, demonstrou que as doentes oncológicas, apresentam maiores níveis de resiliência ($M = 163$, $DP = 31.56$), melhores capacidades de ajustamento emocional ($M = 17.02$, $DP = 10.76$) e ajustamento psicossocial à doença ($M = 42.52$, $DP = 21.87$), enquanto as doentes de fibromialgia, apresentam valores indicativos de menores níveis de resiliência ($M = 147.04$, $DP = 34.31$), maiores dificuldades de ajustamento emocional ($M = 163$, $DP = 31.56$) e ajustamento psicossocial à doença ($M = 163$, $DP = 31.56$). Os resultados demonstrados para as doentes oncológicas, face à fase em que estas se encontram (doença crónica) são corroborantes com os de Li et al., (2019).

A resiliência apresenta-se como uma das variáveis que diminui os efeitos do stress pós traumático, vivenciados no pós tratamento, o que por sua vez, faz com que os ajustamentos (AE/APD) aumentem e a qualidade de vida dos doentes seja superior. No presente estudo, a doença oncológica apresenta valores médios melhores que corroboram que quanto maior a resiliência menor o (des)ajustamento emocional e psicossocial à doença e nesse sentido, apesar de no estudo de Horta & Figueiroa (2019), terem sido comparados pacientes com diferentes patologias reumatológicas, também aqui, o grupo de doentes com fibromialgia apresentou piores indicadores de ajustamento emocional e psicossocial à doença. As dificuldades de

ajustamento (AE/APD) encontradas no grupo destacam a importância da promoção de programas que foquem o aumento de resiliência para este tipo de doentes.

Segundo a análise de regressão linear múltipla dos fatores da resiliência que melhor predizem o ajustamento emocional, foi a perceção do self (PF), preditor de 34%. Tal como, Santos (2019) que, reforça a importância das orientações de suporte à autogestão dos cuidados de saúde para aumentar a confiança das próprias capacidades da pessoa e autoeficácia na gestão de sintomas. Segundo a autora, este fator da resiliência é potencializador de um melhor ajustamento emocional, permitindo o aumento da qualidade de vida das doentes oncológicas.

Para o ajustamento psicossocial à doença, a análise de regressão linear múltipla dos fatores da resiliência que melhor explicam o ajustamento, foram: perceção do self (PF), coesão familiar (CF) e estilo estruturado (EE), predizendo 57%. Este resultado reforça que estes fatores de resiliência são fortemente explicativos do APD, indo ao encontro do sentido teórico esperado, demonstrado por Sánchez (2016) e Li et al. (2020).

Por forma a poder testar os modelos de mediação procedeu-se ao estudo da correlação das diferentes variáveis, de forma a entender como se correlacionavam com os grupos de doença. A análise demonstrou existir um forte efeito na relação entre a resiliência e o APD em ambas as doenças, enquanto o efeito da relação entre a resiliência e o AE, apresenta-se forte na doença oncológica e média para a doença de fibromialgia. Demonstrando ainda que, na doença de fibromialgia o efeito da relação entre o AE e APD, é também ele médio.

Os resultados dos modelos de mediação simples propostos a título de exploratório da relação entre a resiliência e os ajustamentos (AE/APD) mediados entre si e para ambas as doenças, demonstraram que a relação entre a resiliência e os ajustamentos são estatisticamente significativas entre si, no entanto, quando o AE medeia o APD, a relação da resiliência e o APD, tona-se menos forte do que quando, o APD medeia a relação da resiliência com o AE. Para além de que, a relação de mediação muda significativamente quando testada para a doença oncológica ou de fibromialgia.

No caso da doença oncológica, o modelo I, demonstrou que a razão do efeito do AE na relação da resiliência com o APD é de 43%, enquanto no modelo II, o efeito de ADP na relação entre a resiliência e o AE, é de 48%. Estes resultados sugerem que no caso da doença oncológica, qualquer um dos ajustamentos (AE/ADP) tem influência significativa na relação da resiliência com o ajustamento à doença. Desta forma, compreende-se que num plano de intervenção que tenha como objetivo aumentar a qualidade de vida dos doentes oncológicos, aumentar o ajustamento emocional ou psicossocial à doença, a variável de resiliência seja

considerada e consequentemente, trabalhados os dois ajustamentos de forma a potencializar o ajustamento geral à doença.

Já no caso da doença de fibromialgia, o modelo I e II, demonstraram que o efeito da relação da mediação de qualquer ajustamento (AE/APD) entre a resiliência e os ajustamentos (AE/APD) é nula. Sugerindo que no caso desta patologia, devem ser consideradas outras variáveis mediadoras.

Tendo em conta os resultados demonstrados para as doenças supramencionadas, considerou-se pertinente analisar os modelos de mediação com o todas da amostra, para entender de que forma o ajustamento (AE/APD) tem maior capacidade de prever as relações entre a resiliência e os ajustamentos (AE/APD) para as doenças no geral.

Neste caso, os resultados demonstraram que quando é o AE a mediar a relação entre a resiliência e APD, o efeito da mediação é de 19%. Todavia, quando o mediador passa a ser o APD, o efeito da mediação passa para 58%, o que nos leva a concluir que, sempre que exista a intenção de fazer uso da resiliência para aumentar do ajustamento à doença crónica, o mediador que melhor pode justificar a relação entre a resiliência e o ajustamento, é aquela em que o ajustamento psicossocial medeia a relação da resiliência com o ajustamento emocional, no entanto, torna-se-á importante verificar qual dos ajustamentos (AE/ADP) enquanto mediadores de uma relação com a resiliência tem maior capacidade de incrementar a relação com o outro ajustamento, caso as doenças sejam diferentes das apresentadas.

Contudo, considera-se que os resultados do presente estudo devem ser lidos e enquadrados conjuntamente com as limitações que se passarão a referir.

Limitações do Estudo

Como limitações ao estudo, considera-se que a amostra é pouco representativa dos grupos de referência para a generalização de dados.

O fato da recolha de dados ter sido online dirigida a uma população clínica, impossibilitou a criação de grupos mais homogêneos entre si, para além de que acrescentar mais medidas de avaliação psicométrica limitava a participação dos participantes, pelo tempo de demora no preenchimento dos questionários.

Implicações para Investigação e Prática da Psicologia Clínica e da Saúde

O presente estudo apresenta indicadores substanciais que podem contribuir para a análise de objetivos e intervenções terapêuticas dos psicólogos clínicos, através de quais as variáveis da resiliência que melhor explicam diferentes tipos de ajustamento à doença que podem ser utilizadas em programas de intervenção em saúde que tenham como objetivo fazer uso dos fatores da resiliência para aumentar os níveis de ajustamento emocional e psicossocial, assim como, qual o modelo que melhor pode dar resposta aos objetivos terapêuticos.

Direções para futuras investigações

De futuro, considera-se interessante aumentar o número de amostra entre grupos, no sentido de se analisar a relação de mediação entre a resiliência e os ajustamentos à doença de fibromialgia. Verificar se existem diferenças no peso da mediação dos ajustamentos na multivariabilidade de doenças oncológicas.

Na doença de fibromialgia, verificar-se que outros mediadores podem influenciar a relação da resiliência e os ajustamentos os modelos de mediação acrescentando outro tipo de variáveis, tais como: qualidade de vida, escalas de dor, entre outras.

Referências

- Ali, S., Adamczyk, L., Burgess, M., & Chalder, T. (2019). Psychological and demographic factors associated with fatigue and social adjustment in young people with severe chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a preliminary mixed-methods study. *Journal of Behavioral Medicine*, 42(5), 898–910. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00010-x>
- Alves, B. A. (2017). *Validação da Fatigue Assessment Scale para a população portuguesa* (Master's thesis).
- Babić, R., Rastović, P., & Mandić, K. (2020). Resilience in Health and Illness. *Psychiatria Danubina*, Vol.32, Suppl.2, pp 226-232 <https://www.researchgate.net/publication/34438171>
- Bassi, M., Cilia, S., Falautano, M., Grobberio, M., Niccolai, C., Pattini, M., Pietrolongo, E., Quartuccio, M. E., Viterbo, R. G., Allegri, B., Amato, M. P., Benin, M., De Luca, G., Gasperini, C., Minacapelli, E., Patti, F., Trojano, M., & Delle Fave, A. (2020). Illness perceptions and psychological adjustment among persons with multiple sclerosis: the mediating role of coping strategies and social support. *Disability and Rehabilitation*, 42(26), 3780–3792. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1610511>
- Borstelmann, N. A., Rosenberg, S., Gelber, S., Zheng, Y., Meyer, M., Ruddy, K. J., Schapira, L., Come, S., Borges, V., Cadet, T., Maramaldi, P., & Partridge, A. H. (2020). Partners of young breast cancer survivors: a cross-sectional evaluation of psychosocial concerns, coping, and

- mental health. *Journal of Psychosocial Oncology*, 38(6), 670–686. <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1823546>
- Casale, R., Sarzi-Puttini, P., Botto, R., Alciati, A., Batticciotto, A., Marotto, D., & Torta, R. (2019). Fibromyalgia and the concept of resilience. *Clin Exp Rheumatol*, 37(116), 105–113.
- Cicchetti, D., & Garmezy, N. (1993). Prospects and promises in the study of resilience. *Development and Psychopathology*, 5(4), 497–502. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006118>
- Dekker, J., & de Groot, V. (2018a). Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation—an exploration. *Disability and Rehabilitation*, 40(1), 116–120. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1247469>
- Dekker, J., & de Groot, V. (2018b). Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation—an exploration. *Disability and Rehabilitation*, 40(1), 116–120. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1247469>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 150.
- Fernandes, S. (2009). *Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro na Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos*.
- Ferreira, M., & Ribeiro, M. (2019). *Avaliação de fadiga em adultos com esclerose múltipla*. 21(4), 118–126.
- Franjić, D., Marijanović, I., & Babić, D. (2019). KARCINOM DEBELOG CRIJEVA I REZILIJENCIJA. *Zdravstveni Glasnik*, 5(2).
- Hammond, L. D., & Hirst-Winthrop, S. (2018). Proposal of an integrative model of adjustment to chronic conditions: An understanding of the process of psychosocial adjustment to living with type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology*, 23(8), 1063–1074. <https://doi.org/10.1177/1359105316664131>
- Hatchett, L., Friend, R., Symister, P., & Wadhwa, N. (1997). Interpersonal Expectations, Social Support, and Adjustment to Chronic Illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 560–573. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.3.560>
- Horta-Baas, G., & Romero-Figueroa, MDS (2019). Deficiência autorreferida em mulheres com fibromialgia em um centro de atenção terciário. *Advances in Rheumatology*, 59.
- Kim, G. M., Lim, J. Y., Kim, E. J., & Park, S. M. (2019). Resilience of patients with chronic diseases: A systematic review. *Health & social care in the community*, 27(4), 797–807. <https://doi.org/10.1111/hsc.12620>
- Li, Y., Qiao, Y., Luan, X., Li, S., & Wang, K. (2019). Family resilience and psychological well-being among Chinese breast cancer survivors and their caregivers. *European journal of cancer care*, 28(2), e12984.

- Ludolph, P., Kunzler, A. M., Stoffers-Winterling, J., Helmreich, I., & Lieb, K. (2019). Interventions to promote resilience in cancer patients. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(51-52), 865.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics.: 7ª edição*. ReportNumber, Lda.
- Martinez, J., Bologna, S., & El-Kadre, J. (2017). Há correlação entre o grau de resiliência e o impacto da fibromialgia na qualidade de vida? *Revista Da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 19(1), 6–9. <https://doi.org/10.5327/z1984-4840201725579>
- Martins, A. R. (2018). *A importância do acompanhamento terapêutico no ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama*.
- Melo, G., Madruga, M., & Torro, N. (2020). Análise das comorbidades associadas à fibromialgia: uma revisão bibliométrica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(2), 395-403. <https://doi.org/10.15309/20psd210214>
- Monteiro, É., Oliveira, L., & Oliveira, W. (2021). *Aspectos Psicológicos da Fibromialgia – Revisão Integrativa*. 29(1). <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v29n1p65-76>
- Moss-Morris, R. (2013). Adjusting to chronic illness: Time for a unified theory. *British Journal of Health Psychology*, 18(4), 681–686. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12072>
- Mun, C., Ruehlman, L., & Karoly, P. (2020). Examining the Adjustment Patterns of Adults With Multiple Chronic Pain Conditions and Multiple Pain Sites: More Pain, No Gain. *Journal of Pain*, 21(1–2), 108–120. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.06.002>
- Navio, V. L. R. (2008) Resiliência: significados e usos do conceito por psicólogos na área da infância e adolescência.
- Nunes, A. (2008). Ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama submetida a mastectomia e quimioterapia neoadjuvante e adjuvante.
- Oliveira, J. P. R., Berardinelli, L. M. M., Cavaliere, M. L. A., Rosa, R. C. A., Costa, L. P. D., & Barbosa, J. S. D. O. (2019). O cotidiano de mulheres com fibromialgia e o desafio interdisciplinar de empoderamento para o autocuidado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40.
- Oliveira, M. F., & Machado, T. S. (2011). *Tradução e validação da Escala de Resiliência para Estudantes do Ensino Superior*. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312011000400007
- Pereira, M., Cardoso, M., Albuquerque, S., Janeiro, C., & Alves, S. (2016). Escala de Resiliência para Adultos (ERA). In *Avaliação familiar: vulnerabilidade, stress e adaptação vol. II*. https://doi.org/10.14195/978-989-26-1268-3_2
- Pinheiro dos Santos, A. R. (2019). *Suporte Social e Qualidade de vida na Artrite Reumatóide*.
- Santos, M. J. B. (2019). *IgestSaúde: Caminhando rumo a uma melhor autogestão de sintomas associados à doença oncológica* (Doctoral dissertation). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28023>

- Schildberger, R., & Teixeira, J. (1994). *Qualidade de Vida em Sujeitos com Espondilite Anquilosante (Estudo Exploratório) (*)*.
- Smedema SM, Bakken-Gillen SK and Dalton J (2009) Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: Models and measurement. In: Chan F, Da Silva Cardoso E and Chronister JA (eds) *Understanding Psychosocial Adjustment to Chronic Illness and Disability: A Handbook for Evidence-Based Practitioners in Rehabilitation*. New York: Springer Publishing Company, pp. 51–73.
- Souza, M., & Cervený, C. (2006). Psychological resilience: Literature review and analysis on scientific production. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 119–126.
- Teixeira, J. D. A. (2016). *O Impacto da Espiritualidade nas Emoções e na Resiliência* (Master's thesis).
- Walker, J. G., Jackson, H. J., & Littlejohn, G. O. (2004). Models of adjustment to chronic illness: Using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical Psychology Review*, 24(4), 461–488. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.03.001>
- Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., & Ren, G. (2017). Resilience and quality of life: exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 23, 5969.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimentos Informado do Participante

Consentimentos Informado do Participante

O presente estudo tem como objetivo compreender o papel da resiliência, ajustamento emocional e psicossocial nos doentes Oncológicos e com Fibromialgia. Este projeto é da responsabilidade da Professora Joana Rosa, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), conjuntamente com a aluna Cristina Infante Borges, do 2º ano de mestrado de psicologia clínica e da saúde.

Trata-se de um projeto aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da ULHT.

Para participar no estudo é necessário:

- 1) Falar a língua portuguesa como língua nativa;
- 2) Ser maior de idade;
- 3) Ter diagnóstico de doença Oncológica ou de Fibromialgia.

Se concordar em participar neste estudo, ser-lhe-á pedido que responda a um conjunto de questionários online.

De modo a garantir a maior privacidade possível, responda num espaço em que não seja possível qualquer observação das suas respostas.

O preenchimento do questionário demorará em média cerca de 20 minutos.

Não haverá nenhum dado pessoal recolhido e as suas respostas serão confidenciais.

A identificação digital do acesso online (IP) será apagada da base de dados.

Apenas os investigadores e seus assistentes terão acesso aos dados que serão protegidos por palavra passe e tratados apenas de forma agregada (i.e., em conjunto com as medidas e respostas de outros participantes).

Não existe nenhum tipo de recompensa à participação, mas estará a contribuir para o aumento do conhecimento na área da saúde mental.

Se decidir não participar pode parar a sua participação a qualquer momento.

Se não se sentir à vontade com a tecnologia e a navegação online, pondere não participar neste estudo através da internet. Pedimos-lhe que leia este formulário e faça todas as questões que considere necessárias antes de participar no estudo. Caso deseje ter acesso aos resultados da investigação, poderá contactar a equipa de investigação. As questões devem ser dirigidas ao investigador através de e-mail: p408@ulusofona.pt.

Os resultados do estudo serão disponibilizados através de publicações académicas especializadas.

Se em algum momento sentir desconforto no preenchimento, poderá contactar a equipa através dos seguintes contactos: p408@ulusofona.pt; hipno.cborg@gmail.com ou 939 480 422.

Ao seleccionar a opção "Quero participar", no botão abaixo, declara que é maior de idade, que leu este formulário de consentimento e considera que lhe foi prestada a informação necessária acerca da natureza e objetivos deste estudo.

☐ Quero participar	☐ Não quero participar
---	---

_____, ____/____/____

Anexo 2: Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

1. **Idade:** ____ (anos)

2. **Sexo:**
☐ Masculino;
☐ Feminino

3. **Nacionalidade:**
Portuguesa
Outra

3. **Reside em**
☐ Centro Urbano;
☐ Periferia de Centro Urbano;
☐ Centro Urbano de Zona Rural;
☐ Zona Rural com muita densidade populacional;
☐ Zona Rural com pouca população

4. **Habilitações Académicas:**
☐ Básico;
☐ Secundário;
☐ Licenciatura;
☐ Mestrado;
☐ Doutoramento

5. **Situação Profissional:**
☐ Empregado(a) por conta de outrem;
☐ Trabalhador independente
☐ Baixa Médica;
☐ Desempregado(a);
☐ Estudante(a);
☐ Doméstico(a);
☐ Reformado(a)

6. **Qual o estatuto da sua relação atual?**
☐ Sem relacionamento;
☐ Namoro;
☐ União de facto/ Coabitação;
☐ Casamento;
☐ Separado(a)/ Divorciado(a);
☐ Viúvo(a)

7. Com quem vive atualmente

- ☐ Cônjuge
- ☐ Companhei(a)
- ☐ pais
- ☐ Filho(s)
- ☐ Irmão/ã
- ☐ Sozinho(a)

8. Vivo com a doença crónica de ...

- ☐ Oncológica
- ☐ Fibromialgia

9. Lida com a minha doença crónica, há quanto tempo?

- ☐ Há menos de 6 meses;
- ☐ Entre 6 meses e 1 ano;
- ☐ Entre 1 e os 3 anos;
- ☐ Entre os 3 e os 5 anos;
- ☐ Há mais de 5 anos.

10.. Acompanhamento psicológico

- ☐ Nunca teve
- ☐ Teve, atualmente não tem
- ☐ Prefiro não responder
- ☐ Outra

Anexo 3: Escala de Resiliência para Adultos

Escala de Resiliência para Adultos

© Developed by Odin Hjemdal & Oddgeir Friborg
Versão Portuguesa: Pereira, Narciso, & Canavarro, 2011

Instruções				
(Versão Original: Odin Hjemdal & Oddgeir Friborg. Versão Portuguesa: Pereira, Narciso, & Canavarro, 2011)				
Por favor, pensando na forma como geralmente é, ou como foi durante o último mês, o que pensa e sente em relação a si mesmo e em relação às pessoas que são importantes para si. Para cada uma das afirmações que se seguem, por favor click no círculo que melhor o(a) descreve				

1	Quando acontece alguma coisa imprevista	Frequentemente sinto-me desorientado(a)	1 2 3 4 5 6 7	Encontro sempre uma solução
2	Os meus planos para o futuro são	Difíceis de realizar	1 2 3 4 5 6 7	Possíveis de realizar
3	Eu gosto de estar	Com outras pessoas	1 2 3 4 5 6 7	Sozinho
4	A perspectiva da minha família sobre o que é importante na vida é	Muito diferente da minha	1 2 3 4 5 6 7	Muito semelhante à minha
5	Posso discutir assuntos pessoais com	Ninguém	1 2 3 4 5 6 7	Amigos/familiares
6	Estou no meu melhor quando	Tenho um objetivo claro por que lutar	1 2 3 4 5 6 7	Consigo levar um dia de cada vez
7	Os meus problemas pessoais	Sei como resolvê-los	1 2 3 4 5 6 7	Não têm solução
8	Sinto que o meu futuro parece	Muito promissor	1 2 3 4 5 6 7	Incerto
9	Ser flexível em contextos sociais	Não é importante para mim	1 2 3 4 5 6 7	É muito importante para mim
10	Eu sinto-me	Muito feliz com a minha família	1 2 3 4 5 6 7	Muito infeliz com a minha família
11	Aqueles que são bons a encorajar-me	São alguns amigos próximos/familiares	1 2 3 4 5 6 7	Estão em lado nenhum
12	Quando início novas coisas/projetos	Raramente planeio com antecedência, apenas ando para a frente com as coisas	1 2 3 4 5 6 7	Prefiro ter um plano minucioso
13	Os meus juízos e decisões	Duvido frequentemente deles	1 2 3 4 5 6 7	Confio completamente neles
14	Os meus objetivos	Sei como atingi-los	1 2 3 4 5 6 7	Não tenho a certeza de como atingi-los
15	Novas amizades são algo	Que faço facilmente	1 2 3 4 5 6 7	Que tenho dificuldade em fazer
16	A minha família caracteriza-se por	Desunião	1 2 3 4 5 6 7	Coesão saudável
17	A ligação entre os meus amigos é	Fraca	1 2 3 4 5 6 7	Forte
18	Sou bom (boa) a	Organizar o meu tempo	1 2 3 4 5 6 7	Desperdiçar o meu tempo
19	Acreditar em mim	Ajuda-me em períodos difíceis	1 2 3 4 5 6 7	Pouco me ajuda em períodos difíceis
20	Os meus objetivos para o futuro são	Pouco claros	1 2 3 4 5 6 7	Bem pensados
21	Conhecer novas pessoas é	Difícil para mim	1 2 3 4 5 6 7	Algo em que sou bom
22	Em períodos difíceis, a minha família	Mantém uma visão positiva do futuro	1 2 3 4 5 6 7	Vê o futuro como negro
23	Quando um familiar passa por uma crise/ emergência	Sou imediatamente informado	1 2 3 4 5 6 7	Leva bastante tempo até que me digam
24	Regras e rotinas habituais	Estão ausentes no meu dia-a-dia	1 2 3 4 5 6 7	Simplificam o meu dia-a-dia
25	Em períodos difíceis tenho tendência a	Ver tudo negro	1 2 3 4 5 6 7	Encontrar algo bom que me ajuda a crescer/prosperar
26	Quando estou com outras pessoas	Rio-me facilmente	1 2 3 4 5 6 7	Raramente me rio
27	Perante outras pessoas, a nossa família mostra	Pouco apoio entre os seus membros	1 2 3 4 5 6 7	Lealdade com os seus membros
28	Eu recebo apoio de	Amigos/familiares	1 2 3 4 5 6 7	Ninguém

29	Acontecimentos na minha vida que não consigo influenciar	Consigo lidar com eles	1 2 3 4 5 6 7	São uma constante fonte de preocupação
30	Para mim, pensar em bons tópicos de conversa é	Difícil	1 2 3 4 5 6 7	Fácil
31	Na minha família, gostamos de	Fazer coisas juntos	1 2 3 4 5 6 7	Fazer coisas sozinhos
32	Quando preciso	Não tenho ninguém que me possa ajudar	1 2 3 4 5 6 7	Existe sempre alguém que me pode ajudar
33	Os meus amigos/familiares próximos	Apreciam as minhas qualidades	1 2 3 4 5 6 7	Não gostam das minhas qualidades

Anexo 4: Escala de Ajustamento psicossocial à Doença - Auto Avaliação

ESCALA DE AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL À DOENÇA **Auto-Avaliação**

Copyright 1978, 1983 by Leonard Derogatis, Ph. D.
Adaptação: Schildberger & Teixeira (I.S.P.A.) 1994

Instruções

(Versão Original: Leonard Derogatis, Ph. D. Adaptação. Versão Portuguesa: Schildberger & Teixeira (I.S.P.A.) 1994)

O presente questionário contém uma série de perguntas acerca dos efeitos que a sua doença causou em si.

Estamos interessados em saber que efeitos tem tido nos seus relacionamentos e desempenhos, tanto em casa como no seu trabalho, bem como na família e nas amizades. Outras perguntas têm a ver com os seus efeitos nas suas atividades sociais e de lazer e as suas repercussões a nível emocional.

Se nenhuma das respostas à pergunta feita se ajustar exatamente à sua experiência pessoal, por favor, escolha a que mais se assemelha. O período a que gostaríamos que se referisse são os últimos 30 dias, incluindo o de hoje.

PARTE I

1) Qual das seguintes afirmações descreve melhor a sua atitude habitual sobre a forma como cuida da sua saúde?

- ☐ a) Preocupo-me muito com a minha própria saúde e presto-lhe uma atenção muito especial.
- ☐ b) Quase sempre tenho em atenção os cuidados com a minha própria saúde.
- ☐ c) Normalmente, tento tratar dos assuntos relacionados com a minha saúde, mas nem sempre consigo fazê-lo.
- ☐ d) A saúde é algo com que não me preocupo demasiado.

2) A doença de que sofre presentemente requer alguma atenção e cuidados especiais da sua parte. Por favor, selecione a declaração abaixo mencionada que melhor descreve a sua reação.

- ☐ a) Continuo a fazer a mesma vida que fazia e não me preocupo nem tomo quaisquer cuidados especiais em relação à minha doença.
- ☐ b) Tento fazer tudo o que é suposto que faça, mas muitas vezes esqueço-me ou estou demasiadamente cansado ou ocupado.
- ☐ c) Cuido bastante bem da doença que tenho presentemente.
- ☐ d) Dou muita atenção ao tratamento da minha atual doença e faço tudo ao meu alcance para cuidar de mim.

3) Na generalidade, que opinião tem sobre a qualidade dos cuidados médicos disponíveis hoje em dia e dos médicos que providenciam tais cuidados?

- ☐ a) Os cuidados médicos nunca foram tão bons como agora e os médicos fazem um excelente trabalho.
- ☐ b) A qualidade dos cuidados de saúde é bastante boa, mas nalgumas áreas poderia ser aperfeiçoada.

- ☐ c) Os cuidados de saúde e os médicos não têm a mesma qualidade de outrora.
- ☐ d) Não tenho muita fé nos médicos e nos cuidados de saúde de hoje em dia.

4) Durante a doença de que sofre presentemente recebeu tratamento de médicos e outros profissionais de saúde. Qual é a sua opinião a respeito deles?

- ☐ a) Estou muito aborrecido com o tratamento a que fui submetido e penso que os profissionais de saúde não fizeram o melhor que estava ao seu alcance.
- ☐ b) Não fiquei bem impressionado com o tratamento que recebi, mas penso que é provavelmente o melhor que podem fazer.
- ☐ c) De um modo geral o tratamento foi bastante bom, apesar de ter havido alguns problemas.
- ☐ d) O tratamento e os profissionais de saúde foram excelentes.

5) Quando se está doente, cada pessoa sente a doença à sua maneira e tem atitudes diferentes em relação ao facto de estar doente. Indique qual das alíneas melhor descreve os seus sentimentos.

- ☐ a) Tenho a certeza de que vou rapidamente ultrapassar a doença e os problemas inerentes e voltar a ser como antigamente.
- ☐ b) A minha doença causou-me alguns problemas, mas sinto que brevemente os vou ultrapassar e voltar a ser como era.
- ☐ c) A minha doença causou-me um grande cansaço tanto físico como mental, mas estou a esforçar-me o mais possível para o ultrapassar e conto que em breve voltarei a ser como era.
- ☐ d) Sinto-me esgotado e muito fragilizado devido à minha doença e há momentos em que não sei se alguma vez conseguirei ultrapassá-la.

6) O estar doente pode ser uma experiência confusa e alguns doentes acham que não recebem informação e esclarecimentos suficientes dos seus médicos bem como dos outros profissionais de saúde acerca da sua doença. Assinale, por favor, a alínea que melhor descreve a maneira como sente esta problemática.

- ☐ a) O meu médico e os profissionais de saúde deram-me poucas informações acerca da minha doença, apesar de ter pedido esclarecimentos mais de uma vez.
- ☐ b) Tenho alguma informação sobre a minha doença, contudo gostaria de saber mais acerca dela.
- ☐ c) Estou bastante bem informado sobre a minha doença e acho que se quiser mais esclarecimentos poderei sempre obtê-los.
- ☐ d) Fizeram uma descrição completa da minha doença e o meu médico e os profissionais de saúde esclareceram todos os detalhes que eu pretendia saber.

7) Numa doença como a sua, as pessoas têm ideias diferentes sobre o seu tratamento e o que esperar dele. Selecione, por favor, a alínea que melhor descreve o que espera do seu tratamento.

- ☐ a) Acredito na capacidade do meu médico e dos profissionais de saúde para administrarem devidamente o meu tratamento e sinto que é o melhor tratamento que poderia receber.
- ☐ b) Tenho confiança no modo como o meu médico administra o meu tratamento; contudo, por vezes tenho dúvidas sobre o tratamento em si.
- ☐ c) Não gosto de certas partes do meu tratamento que são bastante desagradáveis, mas os meus médicos dizem-me que, de qualquer forma, devo passar por elas.

- ☐ d) Em muitos aspetos penso que o meu tratamento é pior que a doença e não tenho a certeza se valerá a pena passar por isto.

8) Numa doença como a sua são dadas aos doentes quantidades de informação diferentes acerca do seu tratamento. Selecione, por favor, a alínea que melhor descreve a informação dada sobre o tratamento.

- ☐ a) Não me disseram quase nada sobre o meu tratamento e sinto-me posto de fora.
☐ b) Tenho alguma informação sobre o meu tratamento, mas não tanta quanto gostaria de ter.
☐ c) A informação acerca do tratamento é bastante completa, mas há ainda um ou dois aspetos que gostaria de saber.
☐ d) Acho que a informação acerca do meu tratamento é bastante completa e atualizada.

PARTE II

1) A sua doença interferiu na capacidade de desempenho de funções no seu trabalho (ou trabalhos escolares)?

- ☐ a) Sem problemas no trabalho.
☐ b) Com problemas, mas insignificantes.
☐ c) Alguns problemas graves.
☐ d) A doença impede-me totalmente de exercer a minha atividade.

2) Neste momento, fisicamente, até que ponto consegue desempenhar bem as funções inerentes ao seu trabalho (estudos)?

- ☐ a) Mal.
☐ b) Não muito bem.
☐ c) Adequadamente.
☐ d) Muito bem.

3) Durante os últimos 30 dias, teve absentismo do trabalho (escola) devido à sua doença?

- ☐ a) 3 dias ou menos.
☐ b) 1 semana.
☐ c) 2 semanas.
☐ d) Mais de 2 semanas.

4) Considera neste momento o seu trabalho (escola) tão importante como era antes da sua doença?

- ☐ a) Presentemente com pouca ou nenhuma importância.
☐ b) Muito menos importante.
☐ c) Sensivelmente menos importante.
☐ d) Igual ou de maior importância que outrora.

5) Teve que mudar os seus objetivos no trabalho (educação) em resultado da sua doença?

- ☐ a) Os meus objetivos são os mesmos.
☐ b) Houve uma ligeira alteração nos meus objetivos.
☐ c) Os meus objetivos sofreram uma grande alteração.
☐ d) Alterei por completo os meus objetivos.

6) Notou algum aumento de problemas com os seus colegas (estudantes, vizinhos) desde que está doente?

- ☐ a) Os problemas aumentaram muito.
- ☐ b) Os problemas aumentaram moderadamente.
- ☐ c) Os problemas aumentaram ligeiramente.
- ☐ d) Nenhum aumento.

PARTE III

1) Como descreve o seu relacionamento com o seu marido/mulher (companheiro se não for casado) desde que está doente?

- ☐ a) Bom.
- ☐ b) Razoável.
- ☐ c) Mau.
- ☐ d) Muito mau.

2) Como descreve o seu relacionamento com outras pessoas com quem vive (tais como filhos, pais, tios, etc.)?

- ☐ a) Muito mau.
- ☐ b) Mau.
- ☐ c) Razoável.
- ☐ d) Bom.

3) Até que ponto é que a sua doença interferiu nas suas tarefas e deveres caseiros?

- ☐ a) De modo nenhum.
- ☐ b) Pequenos problemas, facilmente ultrapassáveis.
- ☐ c) Problemas moderados, nem todos ultrapassáveis.
- ☐ d) Graves dificuldades na execução das tarefas caseiras.

4) Nas áreas onde a sua doença causou problemas com as suas tarefas domésticas, a família mudou para outras pessoas a sua execução a fim de a ajudarem?

- ☐ a) A família não teve possibilidade de ajudar.
- ☐ b) A família tentou ajudar, mas muitas coisas ficaram por fazer.
- ☐ c) A família tem tratado de tudo, com exceção de uns pequenos detalhes.
- ☐ d) Sem problemas.

5) A sua doença provocou uma diminuição de comunicação entre si e os membros da sua família?

- ☐ a) Não houve diminuição na comunicação.
- ☐ b) Houve uma ligeira diminuição na comunicação.
- ☐ c) A comunicação decresceu e sinto-me de certa forma afastado deles.
- ☐ d) A comunicação decresceu muito e sinto-me muito só.

6) Algumas pessoas que sofrem da mesma doença sentem a necessidade de ajuda de outras pessoas (amigos, vizinhos, família, etc.) para lhes resolverem os assuntos do dia-a-dia. Sente a necessidade de tal ajuda e há alguém que lha dê?

- ☐ a) Eu necessito mesmo de ajuda, mas muito raramente há alguém por perto que ma dê.
- ☐ b) Recebo alguma ajuda, mas nem sempre posso contar com isso.
- ☐ c) Não recebo toda a ajuda de que necessito, mas na maioria das vezes sou ajudado quando preciso.

- ☐ d) Não sinto que necessito de ajuda ou a ajuda que necessito é dada pela minha família ou amigos.

7) Sofreu alguma incapacidade física com a sua doença?

- ☐ a) Nenhuma incapacidade física.
☐ b) Uma ligeira incapacidade física.
☐ c) Uma moderada incapacidade física.
☐ d) Uma grave incapacidade física.

8) Uma doença como a sua pode, por vezes, causar uma rotura nas finanças familiares; tem tido dificuldades em resolver os gastos financeiros com a sua doença?

- ☐ a) Graves dificuldades financeiras.
☐ b) Problemas financeiros moderados.
☐ c) Problemas financeiros ligeiros.
☐ d) Sem problemas monetários.

PARTE IV

1) Por vezes, ter uma doença pode causar problemas num relacionamento. A sua doença causou quaisquer problemas com o seu marido/mulher (companheiro, se não for casado)?

- ☐ a) Não houve alteração no nosso relacionamento.
☐ b) Estamos um pouco menos unidos desde que adoeci.
☐ c) Estamos definitivamente menos unidos desde que adoeci.
☐ d) Tivemos graves problemas ou um corte no nosso relacionamento desde que adoeci.

2) Por vezes, quando as pessoas estão doentes mostram desinteresse pela atividade sexual. Desde que adoeceu sente menos interesse pela sua vida sexual?

- ☐ a) Sem interesse pela vida sexual depois de ter adoecido.
☐ b) Uma diferença marcante no desejo de vida sexual.
☐ c) Uma ligeira perda de interesse pela vida sexual.
☐ d) Não houve perda de interesse pela vida sexual.

3) A doença, por vezes, causa uma redução da atividade sexual. Sentiu alguma redução na frequência das suas atividades sexuais?

- ☐ a) Não houve redução da atividade sexual.
☐ b) Ligeiro decréscimo da atividade sexual.
☐ c) Considerável decréscimo da prática sexual.
☐ d) Paragem das atividades sexuais.

4) Houve alguma mudança no prazer ou na satisfação sexual que costuma sentir normalmente?

- ☐ a) Prazer e satisfação sexual cessaram.
☐ b) Perda considerável de prazer e satisfação sexual.
☐ c) Ligeira perda de prazer e satisfação sexual.
☐ d) Não houve alterações na satisfação sexual.

5) Por vezes, uma doença pode interferir na capacidade de executar atividades sexuais, embora a pessoa ainda sinta apetência sexual. Isto aconteceu consigo? Se assim for, até que ponto?

- ☐ a) Sem alteração na minha capacidade sexual.

- ☐ b) Ligeiros problemas com a minha atividade sexual.
- ☐ c) Problemas constantes na minha atividade sexual.
- ☐ d) Total incapacidade de fazer sexo.

6) Por vezes, uma doença interfere no relacionamento sexual normal do casal provocando discussões ou problemas entre eles. Já teve alguma discussão deste género com o seu parceiro? Em caso afirmativo até que ponto?

- ☐ a) Discussões constantes.
- ☐ b) Discussões frequentes.
- ☐ c) Algumas discussões.
- ☐ d) Nenhumas discussões.

PARTE V

1) Continuou a manter os mesmos contactos (quer pessoais quer telefónicos) com os membros da sua família fora do seu lar, desde a sua doença?

- ☐ a) O mesmo contacto ou até mais frequente.
- ☐ b) Contacto um pouco mais frequente.
- ☐ c) Significativamente menos contacto.
- ☐ d) Nenhum contacto desde a doença.

2) Desde que adoeceu continuou interessado em conviver com estes membros da família?

- ☐ a) Pouco ou nenhum interesse em conviver com eles.
- ☐ b) O interesse é muito menor do que antes.
- ☐ c) O interesse é ligeiramente menor.
- ☐ d) O interesse é o mesmo ou maior desde que adoeci.

3) Por vezes quando as pessoas estão doentes são forçadas a depender dos familiares fora do seu lar para assistência física. Necessita da ajuda física deles e por sua vez, eles dão-lhe a assistência de que necessita?

- ☐ a) Não necessito de ajuda, ou dão-me a assistência de que necessito.
- ☐ b) A ajuda deles é suficiente, excetuando algumas pequenas coisas.
- ☐ c) Dão-me alguma ajuda, mas não a suficiente.
- ☐ d) Dão-me pouca ou nenhuma assistência, apesar de eu precisar muito dela.

4) Algumas pessoas convivem muito com os membros da sua família com quem não coabitam. Convivia muito com esses membros da família e a sua doença limitou tal convívio?

- ☐ a) O convívio com eles foi quase eliminado.
- ☐ b) O convívio foi reduzido significativamente.
- ☐ c) O convívio foi um pouco reduzido.
- ☐ d) Pouco ou nenhum convívio, ou ligeiro ou nenhum efeito causado pela doença.

5) De modo geral, como se tem dado com esses membros da sua família recentemente?

- ☐ a) Bem.
- ☐ b) Razoavelmente.
- ☐ c) Mal.
- ☐ d) Muito mal.

PARTE VI

1) Continua igualmente interessado nas suas atividades de lazer e passatempos como era seu costume antes de adoecer?

- ☐ a) O mesmo nível de interesse como anteriormente.
- ☐ b) Ligeiramente menos interesse do que anteriormente.
- ☐ c) Significativamente menos interesse do que anteriormente.
- ☐ d) Perdura pouco ou nenhum interesse.

2) Quanto à sua participação atual? Ainda continua ativamente envolvido nessas atividades?

- ☐ a) Pouca ou nenhuma participação presentemente.
- ☐ b) A participação diminuiu significativamente.
- ☐ c) A participação diminuiu ligeiramente.
- ☐ d) A participação continua igual.

3) Continua igualmente interessado em participar em atividades de lazer com a sua família (tais como jogar às cartas e outros jogos, passeios, viagens, natação, etc.) como antes de adoecer?

- ☐ a) O mesmo nível de interesse que anteriormente.
- ☐ b) Ligeiramente menos interesse do que antes.
- ☐ c) Significativamente menos interesse do que antes.
- ☐ d) Pouco ou nenhum interesse.

4) Continua a participar nessas atividades da mesma forma do que antes?

- ☐ a) Pouca ou nenhuma participação presentemente.
- ☐ b) Participação significativamente reduzida.
- ☐ c) Participação diminuiu ligeiramente.
- ☐ d) Participação continua igual.

5) Tem mantido interesse em atividades de carácter social desde que adoeceu (tais como: clubes, grupos de igreja, idas ao cinema, etc.)?

- ☐ a) O mesmo nível de interesse que anteriormente.
- ☐ b) Ligeiramente menos interesse do que antes.
- ☐ c) Significativamente menos interesse do que antes.
- ☐ d) Pouco ou nenhum interesse.

6) E sobre participação? Ainda sai com os seus amigos e participa nessas atividades?

- ☐ a) Pouca ou nenhuma participação presentemente
- ☐ b) Participação significativamente reduzida.
- ☐ c) A participação diminuiu ligeiramente.
- ☐ d) A participação mantém-se inalterada.

PARTE VII

1) Recentemente, tem-se sentido receoso, tenso, nervoso ou ansioso?

- ☐ a) Não, de forma alguma.
- ☐ b) Um pouco.
- ☐ c) Bastante.
- ☐ d) Extremamente.

2) Recentemente, tem-se sentido triste, deprimido, com falta de interesse pelas coisas ou desesperado?

- ☐ a) Extremamente.
- ☐ b) Bastante.
- ☐ c) Um pouco.
- ☐ d) Não, de forma alguma.

3) Recentemente, tem-se sentido zangado, irritado ou com dificuldade em controlar o seu temperamento?

- ☐ a) Não, de forma alguma.
- ☐ b) Um pouco.
- ☐ c) Bastante.
- ☐ d) Extremamente.

4) Recentemente, tem-se culpado por coisas, sente-se culpabilizado ou sente que deixou ficar mal as pessoas?

- ☐ a) Extremamente.
- ☐ b) Bastante.
- ☐ c) Um pouco.
- ☐ d) Não, de forma alguma.

5) Recentemente tem-se preocupado muito com a sua doença ou com outros assuntos?

- ☐ a) Não, de forma alguma.
- ☐ b) Um pouco.
- ☐ c) Bastante.
- ☐ d) Extremamente.

6) Recentemente, tem-se sentido em baixo ou menos válido como pessoa?

- ☐ a) Extremamente.
- ☐ b) Bastante.
- ☐ c) Um pouco.
- ☐ d) Não, de forma alguma.

7) Recentemente, tem-se preocupado com o facto da sua doença ter modificado a sua aparência de forma a torná-lo menos atraente?

- ☐ a) Não, de forma alguma.
- ☐ b) Um pouco.
- ☐ c) Bastante.
- ☐ d) Extremamente.

Anexo 5: Brief Symptom Inventory 18

BSI 18 – Brief Symptom Inventory 18

(Versão original: Derogatis, 2000; Versão portuguesa: Canavarro, Nazaré, & Fonseca, 2009)

Instruções:

(Versão original: Derogatis, 2000; Versão portuguesa: Canavarro, Nazaré, & Fonseca, 2009)

Segue-se uma lista de problemas que as pessoas às vezes têm.

Leia atentamente cada um e seleccione a resposta que melhor descreve até que ponto esse problema o(a) perturbou ou incomodou nos últimos sete dias, incluindo hoje.

Para cada uma das afirmações que se seguem, por favor click no círculo que melhor o(a) descreve.

Até que ponto os seguintes problemas o(a) perturbaram:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Desmaios ou tonturas	0	1	2	3	4
2. Não sentir interesse pelas coisas	0	1	2	3	4
3. Nervosismo ou agitação interior	0	1	2	3	4
4. Dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4
5. Sentir-se sozinho(a)	0	1	2	3	4
6. Sentir-se tenso(a) ou nervoso(a)	0	1	2	3	4
7. Náuseas ou mal-estar no estômago	0	1	2	3	4
8. Sentir-se triste	0	1	2	3	4
9. Assustar-se repentinamente sem razão para isso	0	1	2	3	4
10. Dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
11. Sentir que não tem valor	0	1	2	3	4
12. Momentos de terror ou pânico	0	1	2	3	4
13. Sensação de dormência ou formigueiro em partes do seu corpo	0	1	2	3	4
14. Sentir-se sem esperança em relação ao futuro	0	1	2	3	4
15. Sentir-se tão agitado a ponto de não conseguir estar parado	0	1	2	3	4
16. Sentir fraqueza em partes do seu corpo	0	1	2	3	4

17. Pensamentos de acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
18. Sentir-se com medo	0	1	2	3	4