



# ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

ESTRATÉGIAS DE *COPING*, ANSIEDADE E  
DEPRESSÃO EM PAIS DE CRIANÇAS COM  
LEUCEMIA

JOANA FILIPA PEREIRA DA SILVA

Orientador de Dissertação:  
PROFESSOR DOUTOR JOAQUIM EDUARDO NUNES SÁ

Coordenador de Seminário de Dissertação:  
PROFESSOR DOUTOR JOAQUIM EDUARDO NUNES SÁ

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do  
grau de:  
MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA  
Especialidade em Psicologia Clínica

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Joaquim Eduardo Nunes Sá, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de psicologia clínica conforme o despacho da DGES, n.º 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

À Teresinha.

## RESUMO

O presente estudo como objectivo observar o estilo de *coping* de pais de crianças com Leucemia, com os níveis de ansiedade e depressão, ver a relação entre estes fatores e relacioná-los com os dados demográficos. Neste sentido, pretende-se observar o impacto da doença oncológica de um filho no funcionamento psicológico dos pais. Trata-se de um estudo do tipo exploratório correlacional, apresentando um carácter quantitativo. Para avaliar as estratégias de *coping* foi utilizada a versão portuguesa de *MAC - Escala de Ajustamento Mental ao Cancro de um Familiar* (EAMC-F), e para avaliar os sintomas utilizamos a *Symptom Checklist 90 – Revisited* (scl-90-r), as variáveis demográficas foram acessadas através um pequeno questionário. Os participantes são 21 pais (9) e mães (12) de crianças com Leucemia (61,9%) e Leucemia Linfoblástica Aguda (38,1%), na sua maioria casados (71,1%), com idades compreendidas entre os 33-58. Os resultados evidenciam que a maioria das estratégias adotadas pelos pais são baseadas na Aceitação/Resignação. Verificou-se que apenas existem diferenças entre os pais com mais de um filho e pais com filho único, onde estes apresentavam estratégias do tipo Desânimo/fatalismo e maiores níveis de obsessão e depressão, e que as estratégias variam em função do género das crianças. Encontramos uma correlação positiva entre a ansiedade e a depressão (mais depressão, mais ansiedade). Concluimos que o cancro de um filho afecta significativamente o funcionamento psicológico dos pais, contudo factores como o número de irmãos parecem atenuar este efeito. Parece-nos que os cuidados e o acompanhamento dos pais, mesmo em fase de remissão da doença dos filhos, é de extrema importância.

*Palavras-chave: coping, pais, leucemia, depressão, ansiedade.*

## ABSTRACT

This study aimed to observe the *coping* styles of parents of children with leukemia, with levels of anxiety and depression, and see the relationship between these factors and relate them to the demographic features. In this sense, we intended to observe the impact of a child's cancer in the parents' psychological functioning. This is a correlational study of exploratory type, presenting a quantitative character. To assess *coping* strategies was used the Portuguese version of MAC - *Mental Adjustment to Cancer Scale*, and to evaluate the symptoms we used the *Symptom Checklist 90 - Revisited (scl-90-r)*, the demographic variables were accessed by a short questionnaire. Participants are 21 parents (9) and mothers (12) of children with leukemia (61.9%) and acute lymphoblastic leukemia (38.1%), mostly married (71.1%), aged between 33-58. The results show that most of the strategies adopted by parents are based on acceptance / resignation and fatalism. We found differences between parents with more than one child and parents with just one child, they presented strategies like Discouragement / fatalism and higher levels of obsession and depression, and those strategies vary according to the gender of the children. We found a positive correlation between anxiety and depression (more depression, more anxiety). We conclude that the cancer of a child significantly affect the psychological functioning of parents, however such factors as the number of siblings appear to mitigate this effect. It seems that the care and monitoring of parents, even when the disease is in remission, is of utmost importance.

*Keywords: coping, parents, leukemia, depression, anxiety.*

## AGRADECIMENTOS

Ao longo destes 6 anos, foram muitas as pessoas que contribuíram para a conclusão do meu percurso académico e, também, para a realização desta investigação, pelo que espero conseguir fazer jus a todos.

Começo por agradecer ao ISPA, a minha segunda casa, pelo conhecimento, por me formar tanto a nível pessoal como académico, onde conheci professores fantásticos e fiz amizades para a vida.

Agradeço ao Prof. Eduardo Sá, pela ajuda e paciência. Por ter sido um dos professores que tomo como exemplo, que sempre se mostrou fiel às suas ideias, sem medo de questionar o que para muitos é inquestionável.

Agradeço a todos os pais e mães que participaram neste estudo. Pelo seu apoio e disponibilidade, muito obrigada. Um Obrigado especial à Luísa porque, apesar de ter perdido o seu filho há dois anos, deu-me bastante ajuda para comunicar com outros pais. Ao João Freire por nos ter apresentado.

À Terra dos Sonhos, especialmente ao Dr. Frederico Feraz Vital e Violeta Lapa, pela simpatia, disponibilidade e pelo exelente trabalho que desenvolvem. Sem eles, a realização deste trabalho não seria possível. Ao Miguel Campos, voluntário do IPO.

Ao Miguel, por ser a minha família, pela amizade, compreensão e por me ajudar a traduzir artigos, quando já não dava conta deles sozinha.

À Filipa Pacheco e Inês Branco, todas as palavras parecem insuficientes para descrever o que sinto por vocês, agradeço o vosso apoio, a amizade, jantaradas, o vinho, os projectos e por esperarem por mim para os por em prática. À Associação (ADCJR) que acolheu o nosso projecto e à nossa “chefa” Sofia Quental.

À Ana Catarina, por todo o apoio, ajuda e amizade ao longo destes 6 anos. À Teresinha, Fuinha, Piri, Fred, Fábio e tantos outros que faltam aqui, mas que sabem que são importantes.

Dedico aos meus pais pois nunca perceberam o trabalho que uma tese envolve, espero que depois disto percebam o porquê de não poder estar disponível.

## ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	10
1. ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	13
1.1 Etiologia	14
1.2 Diagnóstico e Tratamento	15
2. A FAMÍLIA DO DOENTE ONCOLÓGICO	17
2.1 Depressão e Ansiedade em Pais de crianças com doença oncológica	19
2.2 Suporte Social	21
2.3 <i>Coping</i> nas Famílias	22
3. MÉTODO	25
3.1 Delineamento	25
3.2 Participantes	25
3.3 Instrumentos	28
3.4 Procedimento	29
4. RESULTADOS	31
5. DISCUSSÃO	44
6. CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS	53
ANEXOS	57
ANEXO I – Questionário Demográfico	58
ANEXO II - Escala de Ajustamento Mental ao Cancro de um Familiar	59
ANEXO III – Scl-90-r	61
ANEXO IV – Estatística descritiva	65
ANEXO V - Teste de normalidade	68
ANEXO VI – ANOVA Género	69
ANEXO VII – ANOVA idade	71
ANEXO VIII – ANOVA Estado civil	73
ANEXO IX – ANOVA Situação Profissional	75
ANEXO X – ANOVA Numero de irmãos	77
ANEXO XI – ANOVA Género dos filhos	85
ANEXO XII – Matriz de Correlações	87

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Caracterização dos participantes (Frequências)	25
<b>Tabela 2.</b> Caracterização dos filhos (Frequências)	27
<b>Tabela 3.</b> Descritivas	28
<b>Tabela 4.</b> Máximos e mínimos dos scores da EAMC-F	31
<b>Tabela 5.</b> Verificação dos pressupostos e Teste ANOVA para a variável Género	32
<b>Tabela 6.</b> Verificação dos pressupostos e Teste ANOVA para a variável Idade	33
<b>Tabela 7.</b> Verificação dos pressupostos e Teste ANOVA para a variável Estado Civil	34
<b>Tabela 8.</b> Verificação dos pressupostos e Teste ANOVA para a variável Situação Profissional	35
<b>Tabela 9.</b> Testes de Welch e de Brown-Forstye	36
<b>Tabela 10.</b> Verificação dos pressupostos e Teste ANOVA para a variável Número de Irmãos	36
<b>Tabela 11.</b> Testes de Welch e de Brown-Forstye	37
<b>Tabela 12.</b> Testes post-hoc	37
<b>Tabela 13.</b> Verificação dos pressupostos e Teste ANOVA para a variável Género dos Filhos	39
<b>Tabela 14.</b> Matriz de Correlações (correlações significativas assinaladas a negrito)	41

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Gráfico das sub-escalas da EAMC-F	31
<b>Gráfico 2.</b> Médias de Depressão, Obsessão-Compulsão, Psicoticismo, e Desânimo/Fatalismo entre os grupos (as barras demonstram médias e incluem o intervalo de confiança da média a 95%)	39
<b>Gráfico 3.</b> Médias de Desânimo/Fatalismo entre os grupos (as barras demonstram médias e incluem o intervalo de confiança da média a 95%)	40

## INTRODUÇÃO

A doença oncológica é, provavelmente, a patologia mais temida do mundo moderno. Não sendo apenas um fator de mortalidade, cobra uma pesada fatura de angústia e desespero, mesmo quando é potencialmente curável. Se alguns doentes revelam uma boa adaptação, muitos outros, contudo, manifestam um desânimo geral. Esta problemática não se cinge só aos doentes, estendendo-se também à família, amigos e, muitas vezes, a todas as pessoas e entidades empenhadas no seu tratamento. A doença torna-se um foco contínuo de ansiedade e stress, tal como o seu tratamento e efeitos iatrogênicos (Matos & Pereira, 2005, cit. por Pereira & Lopes, 2005).

A doença oncológica tem tido, nos últimos anos, e de acordo com os últimos dados estatísticos da Organização Mundial de Saúde, um aumento substancial. Contudo, no que toca ao cancro infantil, que se manifesta mais frequentemente em linfomas e leucemia, a incidência de mortes por este tipo de cancro tem diminuído positivamente, devido ao diagnóstico precoce da doença (Steele, Dreyer & Philipps, 2004; Desandes, 2007, cit. por Mensorio, Kohlsdorf & Junior, 2009). Este é um tema muito estudado, mas mais no âmbito dos fenómenos relacionados com o paciente. As pesquisas têm se debruçado mais nos aspectos relacionados com o tratamento e com os fenómenos psicossociais associados a este, nomeadamente a sua adaptação à doença e qualidade de vida.

O impacto da doença constitui uma situação de stress susceptível de ter repercussões mais ou menos graves na criança e na sua família: estas são confrontadas com novas exigências e restrições, alterações nas suas actividades habituais, mudanças frequentes, novas reorganizações do tempo em função da doença e diversas readaptações. Independentemente do diagnóstico, a criança enfrenta uma vida cheia de incertezas, de dor física e o seu futuro é severamente comprometido, bem como as expectativas parentais, sobre os quais recai toda a responsabilidade. Após o diagnóstico, o desenvolvimento de competências na criança pode ser perturbado pelas hospitalizações frequentes, separação da família, interrupção das experiências de socialização, bem como administração de procedimentos geradores de stress e de dor (Harbeck-weber & Conaway, 1994, cit. por Pires, 2001).

Muitos estudos referem que existem sequelas psicológicas nos pais, mesmo após o fim dos tratamentos, evidenciando por vezes perturbações psicológicas como

depressão, ansiedade ou altos níveis de stress (Baider & Kaplan De-Nouere, 1984, cit. por Pereira & Lopes, 2002). Relativamente ao apoio conjugal, também parece haver incongruências. Alguns estudos referem que este é importante mas, na sua grande maioria, por falta de amostras heterógenas, não chegam a conclusões generalizáveis (Pereira & Lopes, 2002).

No entanto, nas pesquisas sobre esta temática, é notória uma menor atenção prestada ao estudo da família nuclear e do impacto que a doença do paciente tem sobre a sua família. Como referem Silva, Pires, Gonçalves & Moura (2002), o diagnóstico de cancro numa criança provoca uma grande mudança na vida dos seus pais, passando pelos novos recursos e exigências do seu papel parental. É um acontecimento causador de stress e é muito doloroso para os pais. Como concebem Beltrão, Vasconcelos, Pontes, Albuquerque (2007), o impacto do suporte social por parte dos técnicos de saúde e amigos foi identificado como uma das principais estratégias para cooperar com a doença do familiar. Outros estudos também apontam para a importância do suporte social, relações de confiança e suporte emocional (Kars, Duijnste, Pool, Delden, & Grypdonck, 2007; Mensorio, Kohlsdorf & Junior, 2009).

Outro ponto importante é o facto dos pais tenderem a esconder dos filhos a dor e o sofrimento que a doença deles lhes causa: tentam não falar sobre o assunto, não proferir certas palavras relacionadas com essa temática perto dos filhos. Assim se percebe a importância dos pais terem ao seu lado alguém com quem partilhar as angústias e o sofrimento, pelo que muitos consideram crucial o apoio conjugal (Gomes, Pires, Moura, Silva, & Gonçalves, 2004). É, também, muito importante, para as crianças conseguirem cooperar com a sua doença, o facto de terem uma boa comunicação familiar, social e sentirem que os pais os apoiam e têm esperança na sua recuperação, como foi apontado no estudo de Eapen, Mabrouk e Bin-Othman (2008).

Como o diagnóstico de cancro na criança provoca grandes mudanças a nível familiar, quer nas rotinas, nas competências parentais que têm de adquirir, novos hábitos, quer nos custos financeiros que a doença e a condição da criança acarreta, como refere Silva *et al* (2002), nestas ocasiões os pais integram estratégias muito fortes de focalização na criança, em alguns casos os pais adoptam diferentes estilos incompatíveis para cooperar com a nova situação em que se encontram e optam por se separar. Devido a esta focalização, começam a sentir-se afastados um do outro por não haver comunicação, optando por não falar do assunto. Por outro lado, há algumas famílias que

saem reforçadas desta situação, criando-se uma maior união e entreaajuda no que toca à divisão de responsabilidades e alívio da sobrecarga que advém da doença. Silva *et al* (2002) referem, ainda, que numa família monoparental pode acontecer que o progenitor se sinta incapaz pela sobrecarga de responsabilidades. Com estes sentimentos de falta de apoio, podem surgir sentimentos de revolta e solidão, o que vai dificultar o *coping* dos pais.

Segundo o The International Classification of Childhood Câncer (ICCC), o tipo de cancro com maior incidência em crianças é a Leucemia Linfoblastica Aguda (LLA), que representa mais de 70% dos casos de cancro infantil no Reino Unido (UK Childhood Câncer Investigators, 2000, cit. por Fotiadou, Barlow, Powell & Langtron, 2008).

A partir da revisão realizada sobre o tema, surgiram duas questões pouco abordadas na literatura, que fundamentaram a pertinência deste estudo e o incentivaram: por um lado, a maioria dos estudos tem se focado em apenas uma variável ou na comparação entre grupos, na sua maioria com mães, descorando o papel do pai, os sintomas associados ou outros factores explicativos dos estilos de *coping* adoptados; por outro lado, grande parte dos estudos foca-se no doente oncológico, quer no que respeita ao impacto da sua doença, quer no que concerne ao impacto das estratégias de *coping* dos pais na própria criança.

Desta forma, o objetivo do presente estudo prende-se com a investigação das estratégias de *coping*, ansiedade e depressão em pais de crianças com Leucemia. Assim, pretendemos observar o impacto da doença oncológica de um filho no funcionamento psicológico dos pais, avaliando os estilos de *coping*, ansiedade e depressão, e conjuntamente perceber a influência de alguns dados demográficos.

## ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Uma das consequências do avanço da medicina no domínio das doenças oncológicas é o aumento da taxa de sobrevivência entre os que sofrem deste tipo de afeções. Com o aumento da taxa de sobrevivência cresce, também, a necessidade de intervenção e de explicação de alguns fenómenos associados. Entre as necessidades de intervenção, são de maior importância as que se referem à manutenção ou recuperação da qualidade de vida em múltiplas frentes (Justo, 2001, cit. por Dias & Durá, 2001). Assim, a Psico-oncologia procura perceber a influência dos fatores psicológicos no desenvolvimento e na manifestação do cancro infantil (Dias & Durá, 2001).

Para a criança, o cancro é uma realidade extremamente complexa, pois trata-se de um acontecimento que surge inesperadamente na sua vida, com uma presença incómoda e perigosa para o seu corpo. Para Oppenheim (1996), a doença oncológica afecta todos os elementos da vida destas crianças, designadamente a sua história de vida, relacionada com a questão do sentido (porquê eu? Porquê agora?), o seu lugar na família, o seu corpo, podendo perturbar a confiança e a imagem consciente e inconsciente que a criança tem de si, como consequência para a sua auto-estima e para a sua identidade (Pereira & Lopes, 2002).

A criança está inserida numa família e num determinado grupo social. Estes aspectos devem ser tomados em consideração quando falamos de doença crónica na criança. Esta está inserida na escola e num grupo de pares que desempenham, ao longo do seu desenvolvimento, um papel extremamente importante na sua integração, socialização e adaptação à doença crónica (Bacalhau & Moura, 2001, cit. por Moura, 2003). Estes autores referem que explicar o cancro, em pediatria, é uma tarefa difícil, principalmente considerando que as crianças não têm comportamentos de risco.

Assim, podemos referir que a doença crónica é uma das principais áreas de interesse da Psicologia pediátrica, na medida em que oferece simultaneamente um campo especialmente profícuo para a investigação das relações entre a doença e o

desenvolvimento, bem como um desafio à criação de metodologias de intervenção criativas, flexíveis e eficazes para diminuir o sofrimento e aumentar a qualidade de vida das crianças e respectivas famílias (Pereira & Lopes, 2002).

A partir do primeiro ano de vida, o cancro é a segunda causa de mortalidade infantil, seguida de acidentes (traumatismos, intoxicações, etc.). No primeiro ano de vida, verifica-se que está em terceiro lugar após a sobrevivência às malformações congénitas (Pizzo & Poplack, 2002). Esta importância qualitativa tem sido acompanhada nas últimas décadas por uma significativa melhoria dos resultados obtidos no tratamento do cancro infantil. Até há cerca de trinta anos, a leucemia era considerada uma doença inevitavelmente fatal. Presentemente, na leucemia linfoblástica aguda (LLA), que é o tipo mais frequente das leucemias na criança, a taxa de sobrevivência supera os 70% (Riehm, Gardner, Henze *et al*, 1998; Piu, 2001).

### 1.1 *Etiologia*

As causas do aparecimento do cancro nas crianças são, em geral, difíceis de determinar, como já foi mencionado anteriormente. No entanto, as alterações genéticas aparecem como um fator importante em alguns casos, por exemplo, o retinoblastoma e os tumores associados à neurofibrose. As alterações cromossómicas – como a trissomia 21 – ou a instabilidade cromossómica – como a anemia hipoplásica de Fanconi – associam-se a uma incidência elevada de cancro (Mulhern, 1994, cit. por Moura, 2004). Os conhecimentos actuais apoiam-se numa origem multifactorial, na qual os elementos ambientais e genéticos desempenham um papel diferente em cada tumor (Munhill, 2003).

As leucemias representam 75% das neoplasias infantis e apenas 5% das neoplasias no adulto. A Leucemia Linfoblástica Aguda engloba cerca de 85% das leucemias infantis. Esta é uma doença da medula óssea em que a proliferação das células jovens, blastos leucêmicos, ocupa o espaço medular impedindo a multiplicação de células normais no sangue, factor responsável pelos principais sintomas: astenia, palidez progressiva, manchas roxas pelo corpo, dores ósseas, nas articulações e febre (Kovacs & Franco, 2008). A maior incidência desta patologia ocorre por volta dos quatro anos de idade, podendo, contudo, surgir em qualquer fase da infância. Antes do aparecimento da quimioterapia, esta doença era usualmente mortal no prazo de três a

quatro meses (Poplack & Leventhal, 2002; Moura, 2003). Nem todos os pacientes têm a mesma capacidade de alcançar a remissão a longo termo. Pizzo (2002) refere que os pacientes que apresentam células de glóbulos brancos acima de 20.000/ul ou que têm menos de um ano ou mais de 10 anos de idade têm pior prognóstico.

## 1.2 *Diagnóstico e Tratamento*

O cancro é uma das doenças mais temidas no mundo inteiro. Grande parte desse medo é causada pela ausência de tratamento efetivo para a maioria dos tumores metastáticos inoperáveis. Na elaboração do diagnóstico, é necessário analisar os sinais e os sintomas. As várias queixas das crianças com leucemia e LLA incidem sobre infiltração orgânica e o envolvimento de células malignas que interferem com os elementos da medula. Esta redução dos percursos dos glóbulos vermelhos conduz à anemia, que pode levar a alguma palidez, irritabilidade e o grupo dos granulócitos maduros torna criança mais susceptível à infecção. O diagnóstico é feito a partir de um exame de medula que mostra uma invasão homogênea de células leucémicas, que substituem os elementos normais (Chagas, 2003).

Felizmente, nas últimas décadas, tem havido alguns progressos em relação à terapia. Algumas técnicas, como a radioterapia e na quimioterapia, têm aumentado a percentagens de vítimas que sobrevivem, a partir dos meados do sec. XX (Glenniv & Ian Robins, 2006). O objectivo do tratamento é erradicar a doença ou, no mínimo, conduzir a um longo período sem doença e esta pode ser dividida em terapia sistémica (fases de indução, intensificação e manutenção) e tratamento do sistema nervoso central. Alguns tratamentos mais agressivos têm conduzido a uma melhoria significativa na probabilidade de cura, nomeadamente através de Quimioterapia e Quimioterapia de altas doses, radioterapia, a cirurgia de medula óssea. Contudo, as hospitalizações repetidas e os tratamentos são factores de stress que podem interferir no desenvolvimento da criança, resultando, por vezes, em dificuldades motoras, sociais, escolares e emocionais (Bush, 1996, cit. por Moura, 2004).

A criança que sofre de cancro tem de enfrentar uma vida cheia de incertezas e situações totalmente novas, tais como os meios de diagnóstico e de terapêuticas agressivas e dispendiosas, condicionamentos alimentares, hospitalizações e

internamentos regulares que, por vezes, implicam o afastamento da família, a dor física, o sofrimento psicológico, as cirurgias e o contacto permanente com pessoas estranhas. Surgem, ainda, outros efeitos directos e secundários da doença, como a queda de cabelo, náuseas e vómitos, problemas gastrointestinais e orais, sequelas neuropsicológicas e futuros cancros ou recaídas. Estes aspectos tornam esta patologia muito exigente a nível psicológico, social e físico, o que obriga necessariamente a grandes reestruturações e adaptações, tanto pela criança como pelos seus pais e irmãos. Bruno e Goldberger (1996) consideram que, a partir do momento em que o cancro é diagnosticado na vida de uma criança, e dadas estas alterações ocorrerem não só a nível do organismo como também a nível de mudanças na estrutura familiar, consideram de extrema importância abordar os aspectos psicológicos da criança com cancro, tendo em conta dois aspectos fundamentais: o doente e a família.

## A FAMÍLIA DO DOENTE ONCOLÓGICO

A partir dos anos 80, assistiu-se a um aumento do interesse pelos aspectos relacionados com a família e a saúde (Pereira, 2007). Vários factores contribuíram para esse interesse: o aumento das doenças crónicas, custos de saúde e medicina familiar. No caso das doenças crónicas, onde se inserem as doenças oncológicas, a taxa de mortalidade é mais elevada e estas alteram consideravelmente o estilo de vida, quer pelo impacto da doença, quer pelo tratamento. Assim, quando falamos de estilos de vida, atitudes e hábitos, falamos obrigatoriamente de família, pois é na família que aprendemos os comportamentos de saúde (Bararowski & Naden, 1985, cit. por Pereira, 2007).

O nascimento de uma criança é, por si só, um acontecimento de grande importância que obriga a alterações de responsabilidade e obrigações no seio da família. Mas quando a esse acontecimento se acrescenta uma doença, a família sofre inúmeras alterações e diversas readaptações, não só ao nível de actividades diárias, mas também nas dimensões relacional e financeira (Valle, cit. por Gonçalves & Pires, 2004). No entanto, o sofrimento da família não é apenas causado pela gravidade da doença, mas também pela ansiedade em relação à prestação de cuidados e à incapacidade em lidar com as emoções. Desde os primeiros sintomas, diagnóstico e tratamentos, os pais passam por diversos estados emocionais. Rait & Lederberg (1986) afirmam que a adaptação da família a este tipo de situações ocorre em três fases distintas: a primeira é a fase aguda, que se traduz na comunicação do diagnóstico, onde a família terá o primeiro confronto real com a doença, onde são mobilizadas mais forças; a segunda é a fase crónica ou período de consolidação em que a família procura encontrar um equilíbrio entre as necessidades da criança doente e os outros membros; a terceira diz respeito à diferença sentida pela família relativamente à morte de um membro idoso ou à perda da criança.

A doença em si constitui um elemento stressante principal que gera vários outros tipos como as alterações ao nível das relações profissionais, familiares, lazer e

financeiras e por se tratar de um ente cuja vida ainda se está a iniciar, estas patologias assumem uma maior complexidade e um maior dramatismo, por obrigar os progenitores a alterarem os planos que projetaram para o futuro e, por isto, pode causar uma crise emocional que afecta todos os seus membros (Antunes, 1996, cit. por Azeredo *et al*, 2004). Whaley e Wong (1982, cit. por Bezzer & Veríssimo, 2002) afirmam que após a confirmação do diagnóstico da criança, os pais apresentam reacções de raiva e culpa, além de sentimentos de medo, frustração, ansiedade e, eventualmente, apresentam algum nível de depressão. Após a instalação deste quadro, a criança doente torna-se o foco da atenção familiar e o stress provocado por essa doença faz com que os pais fiquem numa situação extremamente difícil, por vezes, deixando-o ou aos outros filhos numa posição periférica, sendo que, muitas vezes, as suas necessidades e problemas passam despercebido (Guimarães & Ribeiro, 1997, cit. por, Bezzer & Veríssimo, 2002). Em suma, pelo facto de a atenção estar centrada na a criança doente, os pais não se apercebem que os filhos saudáveis também precisam de ajuda.

Giacquinta (1977, cit. por Lopes & Pereira 2002) descreve diferentes fases de adaptação da família à doença de familiares. A primeira etapa consiste no confronto com a realidade, quando o diagnóstico é dado ao paciente. Esta comporta cinco fases: *O impacte*, marcado pelo choque, ansiedade e pela reestruturação funcional da família. Aqui surge o obstáculo mais difícil de ultrapassar - o desespero; *A desorganização familiar*, quando os elementos da família têm que modificar os seus hábitos familiares, encontrando-se incapazes de manter o seu papel habitual; *A procura de uma explicação*, isto é, a tentativa de compreender de uma forma racional o processo da doença, através da procura de informação científica ou procurando antecedentes médicos que possam favorecer a doença; *A pressão familiar*, que poderá ocorrer quando a família, ainda não ultrapassando o desespero, o isolamento e a vulnerabilidade, se sinta pressionada a procurar outras opiniões médicas acerca do diagnóstico ou do tratamento; *As perturbações emocionais*, surgem quando um membro da família sofre de uma doença terminal, destruturando o ambiente familiar, visto ocorrem alterações ao nível das emoções, objectivos e posições. A supressão das emoções origina o descontrolo, levando ao distanciamento entre os elementos da família. Quando o prognóstico é negativo, a família começa a reconhecer a hipótese de perda, a dificuldade e tensão pela adopção de novos papéis, a necessidade de reorganizar objectivos de forma a encontrar respostas às alterações de vida familiar.

A segunda etapa consiste na reorganização durante o período que precede a morte, onde os familiares recordam a história pessoal do doente. É um reviver da pessoa perdida. A terceira etapa, a perda, constitui-se como uma fase de separação, durante a qual a consciência do doente se altera. Nesta altura, a família experiencia a perda e a solidão da separação. Por fim, a quarta etapa, que está relacionada com a fase final de adaptação à família, que depois de concluída, revela uma elaboração eficaz do luto.

Em algumas famílias, a doença oncológica aproxima a família, noutras separa-a, mas em todos os casos é impossível ficar indiferente face à experiência de cancro. A maioria das famílias responde de uma forma resiliente. Contudo, num estudo realizado com familiares de doentes com cancro, verificou-se que num terço das famílias de pacientes adultos, as esposas e os filhos destes vivenciavam níveis clinicamente significativos de stress e perturbações psicossociais (Maguire, 1981; Northouse & Swain, 1987; Omne-Poten e col., 1993, cit. por Pereira & Lopes, 2005). Outros factores que podem estar subjacentes à disfunção familiar é a indecisão e discordância entre os membros em comunicar o diagnóstico à criança ou jovem, o medo da perda e de a ver sofrer com todas estas alterações e procedimentos médicos, bem como o medo de serem ou não capazes de saber como lidar com a doença e de cuidar da criança de forma eficaz (David & Steels, 1991; Goodal, 1990, cit. por Azeredo *et al*, 2004).

Alguns estudos mostram que pais de crianças com cancro exibem níveis elevados de stress generalizado e apresentam sintomas tais como depressão e ansiedade. Contudo, outros investigadores não encontraram diferenças no funcionamento psicológico entre pais de crianças com cancro e grupos de comparação. Segundo Pai *et al* (2007), estes resultados contraditórios tornam difícil determinar o grau em que os pais das crianças com cancro estão em risco de resultados psicológicos negativos e, consequentemente, programar a intervenção junto desta população. Ademais, mães afectadas por situações de cancro infantil relatam uma maior nível de conflitos do que mães de crianças saudáveis (Morris *et al*, 1997, cit. por Pai *et al*, 2007).

### 2.1 *Depressão e Ansiedade em Pais de crianças com doença oncológica*

Grinberg (2000) refere que os sentimentos de angústia, depressão e culpa são comuns de se confundirem entre si, e pode acontecer que, em determinadas

circunstâncias, coexistam, havendo sempre um que prevalece em relação aos outros dois. A angústia consiste, essencialmente, numa reacção face ao perigo, na qual o Eu do indivíduo evidencia o seu desejo de sobreviver e se prepara para a luta ou para a fuga. Esta exterioriza-se como um estado afectivo de desprazer, acompanhado por sintomas físicos característicos que correspondem aos aparelhos respiratório e circulatório (dispneia, palidez, pulsação e batimentos cardíacos acelerados). Já na depressão, segundo o autor, o Eu encontra-se paralisado, por sentir que é incapaz de enfrentar o perigo, manifestando-se por apatia, tristeza, abatimento moral e físico com sensações de impotência e desespero. A angústia e depressão diferem noutros aspectos como: a angústia aparece perante a eminência de um ataque dirigido ao *self* e relaciona-se mais com o futuro, o que pode acontecer ao indivíduo; a depressão, juntamente com o sentimento de culpa, que é ao mesmo tempo a sua causa e o seu sintoma fundamental, provém de ataques reais ou fantasiados, realizados pelo Eu contra os outros e é resposta a acontecimentos ou experiências passadas.

A depressão, segundo o mesmo autor, designa habitualmente um conjunto de afectos dolorosos e ideias concomitantes com que o indivíduo responde a experiências de perda ou ao fracasso de certas aspirações. Entre os afectos dolorosos das reacções depressivas, o sentimento de culpa é um dos que se apresenta com maior frequência e intensidade. O indivíduo pode responder a certas experiências de perda ou frustração com uma culpa na qual predomina a ansiedade. Esta culpa depressiva, que implica um Eu mais maduro e integrado, pode sentir dor, responsabilidade e autênticos desejos de reparação do objeto, o que corresponde à “posição depressiva” descrita por Melanie Klein (Grinberg, 2000).

Para Bowlby (1973), existem aspectos que diferem psicologicamente entre uma pessoa que está triste e temporariamente deprimida, e alguém que está cronicamente deprimido. A depressão é uma consequência inevitável de qualquer estado em que o comportamento se desorganiza, mas pode ser potencialmente adaptativa. Refere, assim, a tristeza como uma reacção normal e saudável a qualquer infortúnio. Para o autor, a maioria dos episódios mais intensos de tristeza são provocados pela perda, ou previsão de perda, seja da pessoa amada, de lugares familiares ou até de papéis sociais. Uma pessoa triste sabe quem perdeu e anseia pelo retorno e procurará ajuda e consolo em algum companheiro em quem confia, acreditando que com o tempo e assistência conseguirá recuperar-se, mesmo que não por inteiro.

Os sintomas depressivos e a ansiedade que se instala nos pais de crianças com doença oncológica, pela possível perda e por todas as complicações que a doença engloba, pode fazer com que estes entrem em conflito, e a desorganização familiar que pode surgir após o diagnóstico compromete a vida quotidiana dos membros. Após o primeiro impacto, algumas famílias conseguem reorganizar-se, criando sistemas de *coping* para lidar com o stress, mas outras acabam por se desintegrar, acabando, por vezes, em divórcios com vivência de sentimentos de raiva para com o outro cônjuge e acusações de falta de cooperação e desinteresse pela criança (Lima, 1993, cit. por Azeredo *et al*, 2004). O acompanhamento psicológico e social a estes pais pode ajudar a evitar uma maior disfuncionalidade entre os membros, bem como prevenir o aparecimento de novas doenças (Rebelo & Sauders, 1993, cit. por Azeredo *et al*, 2004).

Muitos dos estudos realizados com mães e pais de crianças com doença crónica (Jay, 1990; Kazak, 2004; Schwartz, 2004; Duncan, 2007; Streisand, 2000, cit. por Azizah & Sarah, 2009) evidenciaram, como uns dos sintomas predominantes, a ansiedade, o stress e a depressão. Em alguns estudos longitudinais, numa primeira fase, os pais apresentavam ansiedade e, posteriormente, sintomas depressivos (Hoekstra-Weebers, 1998; Schwartz, 2004; Bragadottir & Iceland, 2008, cit. por Azizah & Sarah, 2009). Noutros estudos, que abordam o impacto do acompanhamento psicológico em pais de crianças com cancro, passada a fase de ansiedade, os pais apresentavam um *coping* positivo (Macner-Licht, 1998; Streisand, 2000; Sahler, 2005 cit Azizah & Sarah, 2009).

## 2.2 Suporte social

O suporte social é um conceito multidimensional e interativo, referente às transações que o indivíduo estabelece com o meio. Segundo Kaplan (Kaplan, Cassel & Gore, 1977; Kaplan e col., 1996, cit. por Pereira & Lopes, 2005), o suporte social é o grau com que as necessidades individuais de afecto, aprovação, bens e segurança são satisfeitas e reconhecidas pelo outro. Scheafer e colaboradores (1981) distinguiram três tipos de suporte: informacional (refere-se à disponibilidade de informação relevante para a situação que o indivíduo está a experimentar), instrumental (que diz respeito à ajuda específica que os outros podem fornecer, tais como ajuda financeira, prestação de cuidados, etc.) e emocional (esta está relacionada com a percepção que a pessoa tem de

que aqueles que a rodeiam são atenciosos e prestativos e de que com eles pode partilhar pensamentos e sentimentos íntimos) (Cobb, 1976; House, 1981). Ainda segundo este modelo, é considerado fonte de suporte: esposa/marido, companheiro (a); outros significativos; amigos; rede social de suporte; colegas de trabalho; grupos de auto-ajuda; profissionais de saúde e de assistência social. As fontes de suporte interagem com a percepção de suporte. Face a uma determinada fonte, o sujeito cria expectativas relativas ao tipo de ajuda de que poderá usufruir.

Skinner (1986, cit. por Pires, 2001) refere que um prestador de cuidados sensível é aquele cujas respostas às acções da criança são contingentes e apropriadas, que deve ter em conta tanto a necessidade da criança no momento, a sua solicitação ou intenção, como o seu nível de desenvolvimento. Pires (1990) sublinha que uma das razões de menor sensibilidade revelada por algumas mães se deve à ausência de planeamento do mundo físico e temporal da criança. Assim, a importância deste apoio está no facto de que a qualidade do ambiente familiar afecta a resposta da família à doença: famílias coesas com baixo nível conflito incluem companheiros e filhos com menos stress e melhores estratégias de *coping* quando comparadas com famílias desligadas ou com alto conflito (Arpin e col., 1990; Fritz, William & Amylan, 1988; cit. por Pereira & Lopes, 2005), e o modo como a própria criança lida com a sua doença está intimamente ligado com a forma como os pais gerem estes sentimentos (Moura, 2004).

Como mencionado no ponto anterior, Bowlby (1973) descreve a importância deste apoio para atenuar ou ajudar a superar momentos de grande tristeza e desamparo, afirmando que a falta de suporte numa pessoa em situação de tristeza/depressão faz diminuir sentimentos de esperança e dificulta a recuperação.

### 2.3 *Coping nas Famílias*

Nos últimos trinta anos, têm sido determinadas várias distinções enriquecedoras entre os mais variados termos. O termo ajustamento é utilizado para referenciar quando o indivíduo se acomoda a algo ou o nível de confiança, relativamente às situações que o rodeiam (escola, trabalho ou aparecimento de uma doença), é adequado. O ajustamento pode ser medido através de vários testes e escalas. O termo adaptação significa “ lutar face a um compromisso aceitável do meio envolvente” (Withe, 1974. cit. por Moura,

2004, p. 71). Assim, o processo de adaptação é mais activo que o ajustamento (Harper, 1991, cit. por Moura, 2004) e leva a que o indivíduo possa actuar moldando-se às situações. Para With (1974, cit. por Moura, 2004), o termo adaptação envolve defesas, a capacidade de controlo e *coping*.

Lazarus e Folkman (1984) definem *coping* como *constantly changing cognitive and behavioral effort to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person*. No surgimento de um acontecimento novo e/ou stressante, com o qual a pessoa não tem de lidar em circunstâncias normais do seu dia-a-dia, o sujeito tem de encontrar novas formas de pensar e agir face ao mesmo, seja a mudança radical ou não. Algumas mudanças no ambiente do sujeito levam a uma reavaliação do que está a acontecer, do significado desse acontecimento e o que se pode fazer.

Este processo pode ser ilustrado com a perda da pessoa amada, no processo de luto e nas mudanças temporais, começando pelo momento da perda. Inicialmente, pode haver um choque e um esforço para negar esse acontecimento; noutra momento, pode haver um esforço do indivíduo para ser forte e continuar a sua vida normal, focando-se em actividades sociais e no trabalho. Estados mais avançados, frequentemente implicam depressão, seguida pela inevitável aceitação da perda e posterior envolvimento com outras pessoas. Contudo, este pode ser um processo a curto-prazo ou longo-prazo, dependendo do tipo de mudança ou do acontecimento stressante, podendo demorar dias, semanas, meses ou anos. Em ambos os casos, todo este processo está em constante mudança, tanto dos padrões cognitivos como dos processos emocionais (Lazarus & Folkman, 1984).

Os termos *coping*, adaptação e ajustamento têm o mesmo significado, isto é, a capacidade do indivíduo em lidar com situações da sua vida que são sobretudo difíceis para os seus recursos. A teoria formulada por Lazarus (1991, cit. por Moura 2002) define *coping* como a capacidade de o indivíduo lidar com as situações externas e internas específicas, que são vistas como dentro dos limites ou excedendo os recursos do indivíduo. O processo de *coping* conduz à adaptação em três domínios: no funcionamento, no trabalho e da vida social; na satisfação com a vida pessoal e saúde física.

Diversos teóricos têm classificado diferentes tipos de estratégias de *coping*, (Lazarus & Folkman, 1984; Moos & Billings, 1982; Weisman & Worden, 1976, cit. por Moura, 2004): *coping* focalizado no problema, em que há procura de informação, suporte social ou planeamento de resolução. Este tipo de estratégia centra-se na acção e aplica-se quando a situação pode ser alterada; *coping* focalizado na emoção (negação, evitamento e desvalorização), que se aplica quando não há possibilidade de alterar a situação, sendo utilizado para modificar a maneira de reagir ou interpretar o stress. Assim as estratégias de *coping* não são consideradas boas ou más, mas devem ser vistas tendo em consideração a adaptação às situações. As defesas podem ser negativas ou positivas.

Kneier e Temoshoc (1984, cit. por Pereira & Lopes, 2002), seguindo a linha de pensamento de Greer e Watson (1982, cit. por Pereira & Lopes, 2002) sobre as respostas emocionais ao cancro, identificaram quatro respostas características ao diagnóstico: 1) O espírito de luta, em que os doentes aceitam o diagnóstico, permanecendo optimistas e procurando informação e recursos, de forma a combater a doença; 2) O evitamento positivo, onde existe a negação, isto é, a rejeição dos doentes face ao diagnóstico; 3) O fatalismo (aceitação estóica), onde se englobam os doentes que aceitam mas não buscam informação, acreditam que não têm poder para influenciar o desenvolvimento da doença e que o seu futuro está nas mãos dos médicos ou de Deus; 4) a Desesperança/Sensação de incapacidade - os doentes que acreditam que as suas vidas chegaram ao fim, ou seja, sentem que não há solução e que ninguém os pode ajudar, desistindo e deixando-se consumir pela doença. Posteriormente, foi considerado um quinto tipo de resposta, caracterizado pela preocupação ansiosa com pensamentos relativamente à doença, bem como sentimentos de depressão.

Resumidamente, e segundo Seligman (1996, cit. por Pereira & Lopes, 2002), as qualidades pessoais associadas a um bom ajustamento emocional englobam o espírito de luta, evitamento positivo, relações fortes e de suporte e habilidade para lidar eficaz e flexivelmente com o stress. Por outro lado, associado a um pior ajustamento emocional englobam o fatalismo, desesperança/ sensação de incapacidade, ansiedade e depressão, supressão de emoções e isolamento.

Nas famílias de crianças e adolescentes com doenças crónicas surgem vários tipos de emoções, tais como a culpa, a angústia, ansiedade, vergonha e raiva, e todas

podem influenciar o tipo práticas de cuidados para com a criança. Mattsson (1972, cit. por Pitts & Phillips, 1998) refere que crianças que cooperam com sucesso com a sua doença têm pais que dominaram os sentimentos de culpa ou medo e os tratam, tanto quanto possível, como uma criança saudável. Assim, saber como lidar com a doença de um filho não tem apenas implicações para a gestão da doença da criança e para a forma como a criança lida com a doença, mas também para a saúde mental dos pais.

## MÉTODO

### *Delineamento*

Este estudo tem um delineamento do tipo exploratório correlacional, apresentando um carácter quantitativo. Trata-se de um estudo exploratório na medida em que pretende aprofundar o conhecimento sobre o impacto da doença oncológica de um filho nos pais, tanto a nível das estratégias de *coping* adoptadas, como a nível de sintomas associados. Por outro lado, trata-se de um estudo correlacional, uma vez que o objectivo central da pesquisa é encontrar e avaliar a intensidade de relações entre variáveis, sem manipulações e sem pretensões de causalidade, neste caso, entre as duas escalas utilizadas. Este tipo de estudo permite, unicamente, afirmar que existe probabilidade de “quando a aumenta (ou diminui), b aumenta (ou diminui)” (Pais-Ribeiro, 1999, p. 60).

O presente trabalho de investigação teve como objectivo principal observar o impacto da doença oncológica de um filho no funcionamento psicológico dos pais, avaliando os estilos de *coping*, ansiedade e depressão, e conjuntamente perceber a influência de alguns dados demográficos.

### *Participantes*

A população do estudo é constituída por pais e mães de crianças até aos 13 anos, com diagnóstico de Leucemia, tratando-se de uma amostragem por conveniência. Os participantes deste estudo constituem uma amostra de 21 sujeitos, de um universo de 60 casos, recolhidos através da base de dados da Associação “A Terra Dos Sonhos”. Na tabela 1, apresentamos a caracterização da mesma.

**Tabela 1.** Caracterização dos participantes (Frequências)

		N = 21	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>
Sexo	Feminino .....		12	57,1
	Masculino .....		9	42,9

Estado Civil	Casado.....	15	71,4
	Divorciado .....	2	9,5
	União de facto .....	3	14,3
	Solteiro .....	1	4,8
Habilitaçõe s	Ensino Básico .....	3	14,3
	Ensino Secundário .....	7	33,3
	Ensino Superior .....	11	52,4
Situação Profissional	Empregado .....	13	61,9
	Desempregado .....	5	23,8
	Reformado .....	1	4,8
	Baixa / Licença .....	2	9,5
Quem mais apoia?	Ninguém .....	2	9,5
	Marido / Mulher .....	12	57,1
	Companheiro/a .....	3	14,3
	Mãe .....	2	9,5
	Pai .....	2	9,5
Ajuda Pro.?	Sim .....	4	19,0
	Não .....	17	81,0
Qual ajuda?	Nenhuma .....	17	81,0
	Psicólogo .....	3	14,3
	Psiquiatra .....	1	4,8

Como ilustra a tabela 1, dos 21 respondentes válidos, 12 (57,1%) são mães e 9 (42,9%) são pais. Na maioria dos casos (71,4%) são casados, existindo apenas 14,3% de união de facto, 9,5% divorciado e 4,8% solteiro. 52,4%, dos participantes tem o grau académico superior, 61,9% encontram-se empregados, apenas 23,8% se encontravam desempregados. Podemos observar, ainda, que 57,1% dos participantes sente mais apoio por parte dos respectivos cônjuges ou companheiros (14,3%). Apenas 19% recorre ajuda profissional, sendo que destes casos 14,3% recorre à ajuda de um psicólogo. No entanto, 81% não tem qualquer tipo de apoio.

De seguida ,encontra-se a caracterização dos filhos dos participantes.

**Tabela 2.** Caracterização dos filhos (Frequências)

		N = 21	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub>
Sexo	Feminino .....		12	57,1
	Masculino .....		9	42,9
Diagnóstico	Leucemia .....		13	61,9
	LLA .....		8	38,1
Número de Irmãos	0 .....		8	38,1
	1 .....		8	38,1
	2 .....		5	23,8
Tempo de	< 2 anos.....		8	38,1
	> 2 anos .....		13	61,9
Tipo de Tratamento	QT .....		8	38,1
	QTRT .....		3	14,3
	QTRTQTAD .....		5	23,8
	QTC .....		2	9,5
	Outro .....		3	14,3
Fase da Doença	Recaída .....		4	19,0
	Remissão .....		17	81,0

Relativamente aos dados referentes aos filhos, observa-se que 57,1% são do sexo feminino e 42,9% do sexo masculino, com diagnósticos de leucemia (61,9) e Leucemia Linfoblástica Aguda (38,1%), onde 38,1% foram diagnosticados há menos de 2 anos, e 61,9% há mais de dois anos. O tipo de tratamento mais comum é a Quimioterapia (38,1%) e a conjugação entre quimioterapia, radioterapia e quimioterapia de alta dosagem (23,8). Em 81% dos casos as crianças encontram-se actualmente em remissão. 38,1% destas famílias têm mais um filho, 23,8% tem dois e 38,1% apenas têm um filho.

Por fim, na tabela 3, apresentamos as médias referentes aos restantes dados demográficos.

**Tabela 3.** Descritivas

	<b>Média</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Idade dos Participantes	40,38	33	58
Idade dos Filhos	9,24	4	13
Número de Irmãos	0,86	0	2
Idade (média) dos Irmãos	7,71	-	23,50

### *Instrumentos*

O presente estudo foi dividido em três áreas de avaliação: as características demográficas da amostra, as estratégias de coping dos participantes e as dimensões psicológicas ansiedade e depressão.

A avaliação das características demográficas foi feita através de um questionário anónimo, de autopreenchimento, que continha as seguintes questões: idade, nacionalidade, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional, profissão, “quem sente que mais o/a apoia”, “recebe algum tipo de ajuda profissional?”, “qual?” e questões relativas ao filho/a portador de doença oncológica; data de nascimento, nacionalidade, número de irmãos, diagnóstico, sexo, tempo de tratamento e fase da doença (Anexo I).

Para avaliar as estratégias de *coping* foi utilizada a versão portuguesa de *Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC) - Escala de Ajustamento Mental ao Cancro de um Familiar* (EAMC-F) - cujo objectivo é avaliar a extensão em que os familiares mais próximos dos doentes oncológicos adoptam determinadas respostas ao processo de adaptação ao diagnóstico e tratamento da doença. O constructo avaliado é o *coping*, tem um tipo de avaliação teórico com verificação psicométrica, escala de tipo Lickert ordenadas segundo a intensidade da alteração percebida e cotadas de 0 a 4, em que 0 corresponde a “nada”, 1 corresponde a “pouco”, 2 a “alguma coisa”, 3 “bastante” e 4 corresponde á resposta “muito”. Quanto maior a cotação obtida em cada sub-escala, melhor é a percepção de qualidade de vida (Anexo II).

A versão Portuguesa manteve 27 dos 40 itens originais, sendo que estes se dividem por 4 dimensões: Desânimo/fatalismo (12 itens); Espírito de luta (6 itens);

Preocupação ansiosa/revolta (6 itens); Aceitação/resignação (3 itens). Alguns exemplos dos itens existentes na escala: “A comunicação da família tem aumentado”; “o meu nível de stress e preocupação aumentaram”; “a minha vida diária está sobrecarregada”. É considerada uma escala adaptada ao problema que pretende analisar, precisa, sensível e bem aceite pelos respondentes (Santos *et al*, 2003, cit. por Santos, Pais-Ribeiro & Lopes, 2006), apresentando valores de *Alpha de Cronbach* que se situam em 0,70.

A Escala de Sintomas *Symptom Checklist 90 – Revisited* (scl-90-r) de Derogatis, L.R., Ph.D. (1977, 1983, 1994) é uma medida de auto-preenchimento, desenvolvida para avaliar padrões de sintomas psicológicos junto de indivíduos com vários tipos de psicopatologia. Compreende três escalas globais (i.e., Índice de Gravidade Geral, Índice de perturbação Sintomática Positiva, e Total de Sintomas Positivos) e nove escalas de sintomas (i.e., somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e Psicoticismo). No presente estudo, foi dado ênfase às subescalas de Somatização (12 itens), Ansiedade (10 itens) e Depressão (13 itens), não descorando todas as anteriores.

### *Procedimento*

Após inúmeros contatos com hospitais e associações de solidariedade direccionadas para o apoio de crianças e famílias com doença oncológica, recebemos uma resposta positiva por parte da Associação “A Terra Dos Sonhos”.

A Terra dos Sonhos é uma Organização de Solidariedade Portuguesa, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sob a forma de Associação de Solidariedade Social com fim de acção social, fundada a dia 1 de Junho de 2007. A principal actividade da Terra dos Sonhos consiste na realização dos sonhos de crianças e jovens diagnosticados com doenças crónicas e/ou em estado avançado de doença, crianças e jovens carenciadas e idosos, como forma de transmitir uma mensagem de esperança, na possibilidade de realização dos seus objectivos mais inspiradores, independentemente de circunstâncias, condicionamentos e limitações.

Os participantes foram extraídos através de uma base de dados de casos da associação, de crianças com leucemia – desde Setembro de 2011 até Abril de 2012. Dos 60 casos, foram excluídos os pais cujos filhos não sobreviveram à doença, restando apenas 50. Numa primeira fase, todos foram contactados telefonicamente ou via e-mail, onde foi devidamente explicitado o objectivo do estudo e solicitado o seu consentimento e colaboração. Posteriormente, foram enviados os questionários, segundo a preferência de cada participante, ou seja, seriam enviados via correio postal ou via e-mail. Estes contactos foram realizados com a ajuda de dois voluntários da associação.

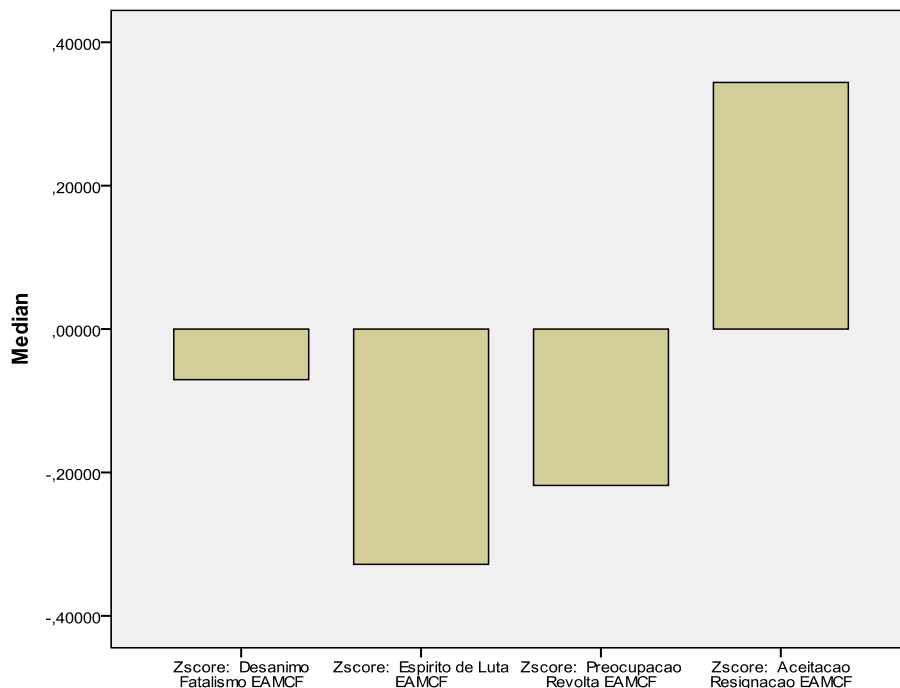
Após a recolha dos dados, registaram-se 21 respondentes válidos, procedendo-se à codificação dos resultados com a ajuda do programa estatístico SPSS (versão 19). Procedeu-se à codificação dos dados, estatística descritiva e, posteriormente, foram cruzados os dados demográficos com as escalas utilizadas, a fim de identificar entre que grupos as médias das escalas diferiam. Esta última estatística foi efectuada através duma análise correlacional.

## RESULTADOS

Após a realização da estatística descritiva (Anexo IV), procedeu-se à comparação das escalas da EAMC-F. Visto que alguns itens das sub-escalas foram removidos, foi necessário proceder à estandardização dos scores, de forma a evitar que uma das sub-escalas dominasse as outras em mera virtude de ter mais itens no questionário. Desta forma, a estatística de comparação utilizada foi a **mediana** em vez da média (visto que nos scores estandardizados a média é 0 e o desvio-padrão 1).

**Tabela 4.** Máximos e mínimos dos scores da EAMC-F

Variáveis	Mínimo	Máximo
Desânimo / Fatalismo	-1,255	1,707
Espírito de Luta	-2,912	1,394
Preocupação / Revolta	-2,182	1,745
Aceitação / Resignação	-2,063	1,306



**Gráfico 1.** Gráfico das sub-escalas da EAMC-F

Como podemos verificar, a mediana é mais elevada na sub-escala de Aceitação / Resignação, sugerindo que esta é a estratégia mais utilizada pelos sujeitos.

Realizaram-se testes ANOVA com o intuito de cruzar os dados demográficos com as escalas utilizadas, a fim de identificar entre que grupos é que as médias das escalas diferiam. Por existirem poucos representantes em algumas destas características procedeu-se apenas à análise em que esta divisão se mostrou passível de ser efectuada.

Os pressupostos para a realização da ANOVA são a distribuição normal das populações a serem testadas e que estas possuam homogeneidade de variâncias (Anexo V). Começou-se por testar a existência ou não de diferenças de médias para as escalas entre os géneros (M vs. F), (Anexo VI). A seguinte tabela resume os resultados obtidos:

**Tabela 5.** Verificação dos pressupostos e Teste ANOVA para a variável Género

Variáveis		Sig. Levene	Sig. K-S	E.T. Anova	Sig. Anova
M - F	Depressão	0,586	0,985	0,054	0,819
M - F	Ansiedade	0,581	0,893	0,001	0,978
M - F	Somatização	0,019	0,723	0,198	0,662
M - F	Obsessão-Compulsão	0,098	0,927	0,026	0,873
M - F	Sensibilidade Interpessoal	0,373	0,532	0,277	0,605
M - F	Hostilidade	0,140	0,206	1,890	0,185
M - F	Ansiedade Fóbica	0,325	0,144	0,047	0,831
M - F	Ideação Paranóide	0,291	0,271	0,730	0,404
M - F	Psicoticismo	0,732	0,539	0,630	0,437
M - F	Escala Adicional	0,179	0,665	0,000	0,991
M - F	Desânimo / Fatalismo	0,908	0,541	0,573	0,458
M - F	Espírito de Luta	0,667	0,223	0,025	0,876
M - F	Preocupação / Revolta	0,060	0,672	0,322	0,577
M - F	Aceitação / Resignação	0,400	0,328	0,256	0,619

Verificou-se o pressuposto da normalidade em todas as escalas. Quanto à homogeneidade de variâncias, verificou-se em todas as comparações excepto no caso da Somatização. Mesmo assim, optou-se por utilizar o teste ANOVA por dois motivos; primeiro, a literatura indica que, nas ciências sociais, é extremamente raro encontrar variáveis que produzam heterogeneidade de variâncias mas que, simultaneamente, mantenham as médias populacionais entre os grupos idênticas (Sawilowsky & Shlomo, 2002). Segundo, a alternativa não-paramétrica à ANOVA é menos potente (Maroco, 2003). Face a isto, podemos observar que em nenhuma escala se observam diferenças significativas entre os géneros.

A segunda variável a ser comparada foi a idade, tendo os participantes sido colocados em dois grupos representando a sua posição face ao percentil 50, sendo categorizados de “Jovens” abaixo deste percentil e “Maduros” acima deste percentil. Segue-se a tabela resumo das comparações (Anexo VII).

**Tabela 6.** Verificação dos pressupostos e Teste ANOVA para a variável Idade

Variáveis		Sig. Levene	Sig. K-S	E.T. Anova	Sig. Anova
J – M	Depressão	0,149	0,985	0,071	0,793
J – M	Ansiedade	0,436	0,893	0,111	0,743
J – M	Somatização	0,123	0,723	1,420	0,248
J – M	Obsessão-Compulsão	0,047	0,927	0,371	0,550
J – M	Sensibilidade Interpessoal	0,600	0,532	0,666	0,425
J – M	Hostilidade	0,244	0,206	0,639	0,434
J – M	Ansiedade Fóbica	0,016	0,144	0,185	0,672
J – M	Ideação Paranóide	0,443	0,271	0,005	0,943
J – M	Psicoticismo	0,400	0,539	0,190	0,667
J – M	Escala Adicional	0,975	0,665	0,319	0,579
J – M	Desânimo / Fatalismo	0,506	0,541	1,261	0,275
J – M	Espírito de Luta	0,893	0,223	2,177	0,156
J – M	Preocupação / Revolta	0,863	0,672	0,433	0,518
J – M	Aceitação / Resignação	0,451	0,328	1,181	0,291

Para esta comparação, verificou-se homogeneidade de variâncias para todos os grupos em teste, excepto nas escalas de Obsessão-Compulsão e de Ansiedade Fóbica. Face aos dados obtidos, não se encontraram diferenças significativas entre os grupos etários para nenhuma das escalas em estudo.

O teste seguinte foi referente à variável Estado Civil. Esta variável assumiu os valores Casado (C), Divorciado (D), União de Facto (U) ou Solteiro (S). Todavia, por só existir um sujeito no grupo Solteiro, este foi excluído para este teste, pois um grupo de um sujeito não é suficiente para permitir uma comparação estatística eficaz (Anexo VIII). Vejamos então a tabela 7 onde se apresenta o resumo das comparações:

**Tabela 7.** Verificação dos pressupostos e Teste ANOVA para a variável Estado Civil

Variáveis		Sig. Levene	Sig. K-S	E.T. Anova	Sig. Anova
C – D – U	Depressão	0,308	0,985	0,371	0,695
C – D – U	Ansiedade	0,361	0,893	0,178	0,838
C – D – U	Somatização	0,201	0,723	0,096	0,909
C – D – U	Obsessão-Compulsão	0,937	0,927	0,271	0,766
C – D – U	Sensibilidade Interpessoal	0,508	0,532	0,482	0,626
C – D – U	Hostilidade	0,945	0,206	0,192	0,827
C – D – U	Ansiedade Fóbica	0,656	0,144	0,303	0,743
C – D – U	Ideação Paranóide	0,012	0,271	0,280	0,759
C – D – U	Psicoticismo	0,330	0,539	0,260	0,774
C – D – U	Escala Adicional	0,879	0,665	0,253	0,779
C – D – U	Desânimo / Fatalismo	0,732	0,541	2,388	0,122
C – D – U	Espírito de Luta	0,351	0,223	0,011	0,989
C – D – U	Preocupação / Revolta	0,054	0,672	0,228	0,798
C – D – U	Aceitação / Resignação	0,445	0,328	0,463	0,637

Decorrente dos testes ANOVA, podemos observar que não se encontraram diferenças significativas entre os tipos de estado civil para nenhuma das escalas.

A comparação seguinte diz respeito à Situação Profissional (Anexo IX) e segue-se a tabela resumo da mesma. Esta variável assumiu os valores Empregado (E),

Desempregado (D), Reformado (R) e Baixa/Licença (B). Todavia, por só existir um sujeito no grupo Reformado, este teve de ser excluído.

**Tabela 8.** Verificação dos pressupostos e Teste ANOVA para a variável Situação Profissional

Variáveis		Sig. Levene	Sig. K-S	E.T. Anova	Sig. Anova
E – D – R - B	Depressão	0,011	0,985	0,528	0,599
E – D – R - B	Ansiedade	0,000	0,893	1,389	0,276
E – D – R - B	Somatização	0,449	0,723	0,282	0,758
E – D – R - B	Obsessão-Compulsão	0,074	0,927	0,247	0,784
E – D – R - B	Sensibilidade Interpessoal	0,051	0,532	0,808	0,462
E – D – R - B	Hostilidade	0,000	0,206	8,610	0,003
E – D – R - B	Ansiedade Fóbica	0,001	0,144	1,757	0,203
E – D – R - B	Ideação Paranóide	0,460	0,271	1,507	0,250
E – D – R - B	Psicoticismo	0,000	0,539	1,252	0,311
E – D – R - B	Escala Adicional	0,045	0,665	2,887	0,083
E – D – R - B	Desânimo / Fatalismo	0,239	0,541	0,183	0,834
E – D – R - B	Espírito de Luta	0,603	0,223	0,657	0,531
E – D – R - B	Preocupação / Revolta	0,660	0,672	2,382	0,122
E – D – R - B	Aceitação / Resignação	0,269	0,328	0,024	0,976

Pelo teste de ANOVA, não se encontraram diferenças significativas entre os grupos para nenhuma das escalas, excepto para a escala de Hostilidade em que foram encontradas diferenças significativas entre os grupos ( $p < 0,05$ ). No entanto, como esta foi uma das escalas em que não se verificou o pressuposto da homogeneidade de variâncias, aplicaram-se adicionalmente os testes de Welch e de Brown-Forsythe, que são vigorosos à violação dos pressupostos da ANOVA. Estes testes foram também aplicados para a Escala Adicional, pois esta também viola o referido pressuposto e apresentou um valor de sig. muito próximo de se tornar significativo.

**Tabela 9.** Testes de Welch e de Brown-Forstye

Variáveis		E. T. Welch	Sig. Welch	E.T. B-F	Sig. B-F
E – D – R - B	Hostilidade	0,710	0,576	1,681	0,460
E – D – R - B	Escala Adicional	2,694	0,235	1,314	0,486

Assim, face aos testes de confirmação podemos afirmar que contrariamente ao que foi calculado pelo teste ANOVA não se verificam diferenças significativas entre os grupos.

Em seguida, procedeu-se à testagem da variável Número de Irmãos, valor este que oscilou entre 0 (filho único) e 2 (Anexo X). Segue-se a tabela resumo:

**Tabela 10.** Verificação dos pressupostos e Teste ANOVA para a variável Número de Irmãos

Variáveis		Sig. Levene	Sig. K-S	E.T. Anova	Sig. Anova
0 – 1 - 2	Depressão	0,462	0,985	5,006	0,019
0 – 1 - 2	Ansiedade	0,390	0,893	3,101	0,070
0 – 1 - 2	Somatização	0,062	0,723	3,176	0,066
0 – 1 - 2	Obsessão-Compulsão	0,836	0,927	6,529	0,007
0 – 1 - 2	Sensibilidade Interpessoal	0,123	0,532	1,344	0,286
0 – 1 - 2	Hostilidade	0,164	0,206	1,357	0,283
0 – 1 - 2	Ansiedade Fóbica	0,038	0,144	3,171	0,066
0 – 1 - 2	Ideação Paranóide	0,707	0,271	1,938	0,173
0 – 1 - 2	Psicoticismo	0,177	0,539	7,454	0,004
0 – 1 - 2	Escala Adicional	0,077	0,665	3,154	0,067
0 – 1 - 2	Desânimo / Fatalismo	0,558	0,541	6,201	0,009
0 – 1 - 2	Espírito de Luta	0,090	0,223	3,083	0,071
0 – 1 - 2	Preocupação / Revolta	0,931	0,672	1,513	0,247
0 – 1 - 2	Aceitação / Resignação	0,242	0,328	3,653	0,047

Como podemos verificar, houve violação do pressuposto da homogeneidade de variâncias nas comparações referentes à escala de Ansiedade Fóbica, encontrando-se

todos os pressupostos assegurados nas restantes comparações. Assim, encontramos diferenças significativas entre os grupos nas escalas de Depressão ( $p < 0,05$ ), Obsessão-Compulsão ( $p < 0,01$ ), Psicoticismo ( $p < 0,01$ ) e Desânimo / Fatalismo ( $p < 0,01$ ). Para a escala de Ansiedade Fóbica, aplicou-se complementarmente os testes de Welch e Brown-Forsythe, visto que nesta comparação não se verificou o pressuposto da homogeneidade de variâncias e o Sig. apresentado no teste ANOVA revelou-se muito próximo de se tornar significativo.

**Tabela 11.** Testes de Welch e de Brown-Forstyhe

Variáveis		E. T. Welch	Sig. Welch	E.T. B-F	Sig. B-F
0 – 1 - 2	Ansiedade Fóbica	4,764	0,034	3,947	0,050

Como podemos verificar, segundo o teste de Welch os grupos apresentam diferenças estatisticamente significativas na escala de Ansiedade Fóbica ( $p < 0,05$ ).

Procedeu-se à aplicação de testes post-hoc para identificar quais dos grupos é que apresentam diferenças entre si. O teste utilizado foi o Tukey HSD para as comparações em que se verificou o pressuposto da homogeneidade de variâncias. Para a Ansiedade Fóbica, em que as variâncias revelaram-se heterogéneas, aplicou-se o teste de Games-Howell, que não tem como pressuposto a homogeneidade de variâncias.

**Tabela 12.** Testes post-hoc

Variáveis			Sig. Tukey	Sig. G-H
Depressão	0	1	0,371	
		2	<b>0,014</b>	
	1	0	0,371	
		2	0,153	
	2	0	<b>0,014</b>	
		1	0,153	
Obsessão-Compulsão	0	1	<b>0,028</b>	
		2	<b>0,012</b>	
	1	0	<b>0,028</b>	
		2	0,722	

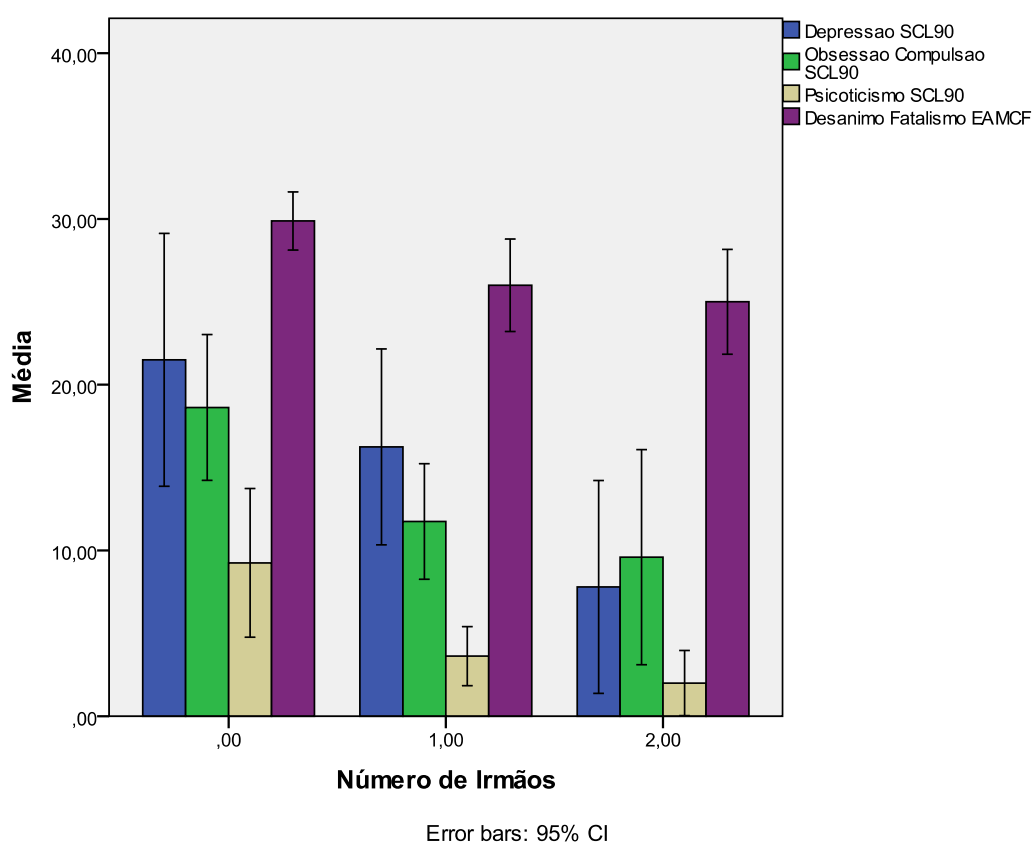
	2	0	<b>0,012</b>	
		1	0,722	
Psicoticismo	0	1	<b>0,018</b>	
		2	<b>0,008</b>	
	1	0	<b>0,018</b>	
		2	0,723	
	2	0	<b>0,008</b>	
		1	0,723	
Desânimo-Fatalismo	0	1	<b>0,028</b>	
		2	<b>0,015</b>	
	1	0	<b>0,028</b>	
		2	0,800	
	2	0	<b>0,015</b>	
		1	0,800	
Ansiedade Fóbica	0	1		0,316
		2		0,065
	1	0		0,316
		2		0,231
	2	0		0,065
		1		0,231

Assim, podemos constatar que, na escala da Depressão, há diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de pais cujo filho não tem irmãos (i.e, filho único) e o grupo de pais cujo filho tem dois irmãos ( $p < 0,05$ ). Não há diferenças significativas do grupo de um irmão para os restantes. Para a escala de Obsessão-Compulsão, encontraram-se diferenças significativas entre os grupos de 0 e os de 1 e 2 irmãos ( $p < 0,05$ ). Não se encontraram diferenças significativas entre os grupos de 1 e 2 irmãos. Na escala de Psicoticismo, encontraram-se diferenças significativas para todos os grupos, excepto entre os grupos de 1 e 2 irmãos ( $p < 0,05$  para os grupos 0-1;  $p < 0,01$  para os grupos 0-2). Na escala de Desânimo-Fatalismo, tal como nas anteriores, encontraram-se diferenças significativas para todos os grupos, excepto entre os grupos de 1 e 2 irmãos ( $p < 0,05$ ).

Por fim, na escala de Ansiedade Fóbica, ao contrário do que foi indicado pelo teste de Welch, o teste post-hoc não encontrou diferenças significativas entre os grupos. Este tipo de ocorrência deve-se às diferenças de potência entre os testes utilizados.

Nesta situação, o mais prudente é afirmar que, estatisticamente, os dados não permitem afirmar conclusivamente que haja diferenças significativas entre os grupos – seria necessário aumentar a amostra a um nível que permitisse a utilização de testes paramétricos sem perda de potência. O seguinte gráfico ilustra as diferenças encontradas:

**Gráfico 2.** Médias de Depressão, Obsessão-Compulsão, Psicoticismo, e Desânimo/Fatalismo entre os grupos (as barras demonstram médias e incluem o intervalo de confiança da média a 95%)



Por fim, a última comparação diz respeito ao género dos filhos ( Anexo XI). Segue-se a tabela resumo:

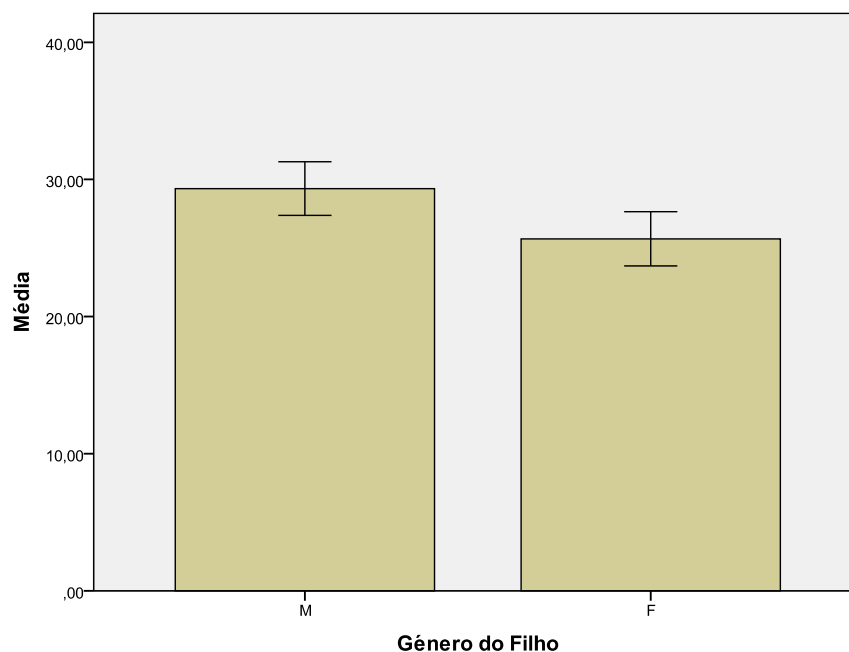
**Tabela 13.** Verificação dos pressupostos e Teste ANOVA para a variável Género dos Filhos

Variáveis	Sig. Levene	Sig. K-S	E.T. Anova	Sig. Anova
M – F Depressão	0,279	0,985	3,713	0,069

M – F	Ansiedade	0,531	0,893	1,718	0,206
M – F	Somatização	0,076	0,723	3,266	0,087
M – F	Obsessão-Compulsão	0,210	0,927	1,637	0,216
M – F	Sensibilidade Interpessoal	0,249	0,532	1,060	0,316
M – F	Hostilidade	0,208	0,206	0,879	0,360
M – F	Ansiedade Fóbica	0,605	0,144	0,825	0,375
M – F	Ideação Paranóide	0,669	0,271	1,473	0,240
M – F	Psicoticismo	0,294	0,539	2,963	0,101
M – F	Escala Adicional	0,174	0,665	2,948	0,102
M – F	Desânimo / Fatalismo	0,669	0,541	8,280	0,010
M – F	Espírito de Luta	0,140	0,223	0,345	0,564
M – F	Preocupação / Revolta	0,505	0,672	2,209	0,154
M – F	Aceitação / Resignação	0,419	0,328	1,352	0,259

Verificou-se o pressuposto da homogeneidade e normalidade, no entanto não se encontraram diferenças significativas entre os grupos, excepto na escala de Desânimo / Fatalismo, para a qual existem diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) como ilustra o gráfico seguinte.

**Gráfico 3.** Médias de Desânimo/Fatalismo entre os grupos (as barras demonstram médias e incluem o intervalo de confiança da média a 95%)



Error bars: 95% CI

## Análise Correlacional

Procedeu-se a uma análise correlacional (Anexo XII), através de correlações de Pearson, para todas as variáveis quantitativas em estudo, pois permite avaliar o grau de relação entre duas variáveis, não possibilitando, no entanto, inferências a nível de casuística. Pode assumir valores entre -1 e 1, dependendo do sentido e da força da correlação. A título de exemplo, uma correlação com um valor de -1 significa que por cada unidade que uma variável aumenta, a outra decresce em igual medida. Uma correlação de 1 significa que por cada unidade que uma variável aumenta, a outra aumenta em igual medida. A seguinte tabela resume as correlações testadas:

**Tabela 14.** Matriz de Correlações (correlações significativas assinaladas a negrito)

Variáveis		Dep.	Ans.	Som.	O/C.	S.I.	Host.	Ans. F.	Id. P.	Psic.	E. A.	D/F	E.L.	P/R	A/R
Depressão	Sig.		<b>0,857</b>	<b>0,739</b>	<b>0,688</b>	<b>0,568</b>	<b>0,559</b>	<b>0,629</b>	<b>0,527</b>	<b>0,768</b>	<b>0,828</b>	<b>0,534</b>	<b>0,575</b>	<b>0,409</b>	<b>0,524</b>
	Corr.		<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	<b>0,007</b>	<b>0,008</b>	<b>0,002</b>	<b>0,014</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,013</b>	<b>0,006</b>	<b>0,066</b>	<b>0,015</b>
Ansiedade	Sig.	<b>0,857</b>		<b>0,658</b>	<b>0,641</b>	<b>0,631</b>	<b>0,624</b>	<b>0,803</b>	<b>0,420</b>	<b>0,862</b>	<b>0,824</b>	<b>0,439</b>	<b>0,467</b>	<b>0,382</b>	<b>0,486</b>
	Corr.	<b>0,000</b>		<b>0,001</b>	<b>0,002</b>	<b>0,002</b>	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>	<b>0,058</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,047</b>	<b>0,033</b>	<b>0,087</b>	<b>0,026</b>
Somatização	Sig.	<b>0,739</b>	<b>0,658</b>		<b>0,433</b>	<b>0,441</b>	0,257	<b>0,482</b>	<b>0,555</b>	<b>0,574</b>	<b>0,619</b>	0,351	0,300	0,236	0,405
	Corr.	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>		<b>0,050</b>	<b>0,046</b>	0,261	<b>0,027</b>	<b>0,009</b>	<b>0,007</b>	<b>0,003</b>	0,118	0,186	0,303	0,069
Obsessão / Compulsão	Sig.	<b>0,688</b>	<b>0,641</b>	<b>0,433</b>		<b>0,441</b>	0,366	<b>0,522</b>	<b>0,538</b>	<b>0,659</b>	<b>0,587</b>	<b>0,535</b>	<b>0,563</b>	0,384	<b>0,520</b>
	Corr.	<b>0,001</b>	<b>0,002</b>	<b>0,050</b>		<b>0,045</b>	0,103	<b>0,015</b>	<b>0,012</b>	<b>0,001</b>	<b>0,005</b>	<b>0,012</b>	<b>0,008</b>	0,086	<b>0,016</b>
Sensibilidade Interpessoal	Sig.	<b>0,568</b>	<b>0,631</b>	<b>0,441</b>	<b>0,441</b>		<b>0,456</b>	<b>0,459</b>	<b>0,765</b>	<b>0,581</b>	<b>0,444</b>	<b>0,547</b>	<b>0,565</b>	<b>0,451</b>	0,309
	Corr.	<b>0,007</b>	<b>0,002</b>	<b>0,046</b>	<b>0,045</b>		<b>0,038</b>	<b>0,036</b>	<b>0,000</b>	<b>0,006</b>	<b>0,044</b>	<b>0,010</b>	<b>0,008</b>	<b>0,040</b>	0,173
Hostilidade	Sig.	<b>0,559</b>	<b>0,624</b>	0,257	0,366	<b>0,456</b>		<b>0,749</b>	0,420	<b>0,720</b>	<b>0,623</b>	0,292	0,406	0,432	0,254
	Corr.	<b>0,008</b>	<b>0,002</b>	0,261	0,103	<b>0,038</b>		<b>0,000</b>	0,058	<b>0,000</b>	<b>0,003</b>	0,199	0,068	0,050	0,267
Ansiedade Fóbica	Sig.	<b>0,629</b>	<b>0,803</b>	<b>0,482</b>	<b>0,522</b>	<b>0,459</b>	<b>0,749</b>		0,402	<b>0,909</b>	<b>0,717</b>	<b>0,445</b>	<b>0,441</b>	<b>0,474</b>	0,385
	Corr.	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>	<b>0,027</b>	<b>0,015</b>	<b>0,036</b>	<b>0,000</b>		0,071	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,043</b>	<b>0,046</b>	<b>0,030</b>	0,085
Ideação Paranoíde	Sig.	<b>0,527</b>	0,420	<b>0,555</b>	<b>0,538</b>	<b>0,765</b>	0,420	0,402		<b>0,501</b>	0,406	<b>0,605</b>	<b>0,458</b>	0,384	<b>0,439</b>
	Corr.	<b>0,014</b>	0,058	<b>0,009</b>	<b>0,012</b>	<b>0,000</b>	0,058	0,071		<b>0,021</b>	0,068	<b>0,004</b>	<b>0,037</b>	0,086	<b>0,047</b>
Psicoticismo	Sig.	<b>0,768</b>	<b>0,862</b>	<b>0,574</b>	<b>0,659</b>	<b>0,581</b>	<b>0,720</b>	<b>0,909</b>	<b>0,501</b>		<b>0,722</b>	<b>0,585</b>	<b>0,520</b>	<b>0,516</b>	<b>0,519</b>
	Corr.	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,007</b>	<b>0,001</b>	<b>0,006</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,021</b>		<b>0,000</b>	<b>0,005</b>	<b>0,016</b>	<b>0,017</b>	<b>0,016</b>
Escala Adicional	Sig.	<b>0,828</b>	<b>0,824</b>	<b>0,619</b>	<b>0,587</b>	<b>0,444</b>	<b>0,623</b>	<b>0,717</b>	0,406	<b>0,722</b>		0,414	<b>0,538</b>	<b>0,509</b>	0,346
	Corr.	<b>0,00</b>	<b>0,000</b>	<b>0,003</b>	<b>0,005</b>	<b>0,044</b>	<b>0,003</b>	<b>0,000</b>	0,068	<b>0,000</b>		0,062	<b>0,012</b>	<b>0,018</b>	0,125
Desânimo / Fatalismo	Sig.	<b>0,534</b>	<b>0,439</b>	0,351	<b>0,535</b>	<b>0,547</b>	0,292	<b>0,445</b>	<b>0,605</b>	<b>0,585</b>	0,414		<b>0,473</b>	0,420	<b>0,653</b>
	Corr.	<b>0,013</b>	<b>0,047</b>	0,118	<b>0,012</b>	<b>0,010</b>	0,199	<b>0,043</b>	<b>0,04</b>	<b>0,005</b>	0,062		<b>0,030</b>	0,058	<b>0,001</b>
Espírito de Luta	Sig.	<b>0,575</b>	<b>0,467</b>	0,300	<b>0,563</b>	<b>0,565</b>	0,406	<b>0,441</b>	<b>0,458</b>	<b>0,520</b>	<b>0,538</b>	<b>0,473</b>		<b>0,686</b>	0,367
	Corr.	<b>0,006</b>	<b>0,033</b>	0,186	<b>0,008</b>	<b>0,008</b>	0,068	<b>0,046</b>	<b>0,037</b>	<b>0,016</b>	<b>0,012</b>	<b>0,030</b>		<b>0,001</b>	0,101
Preocupação / Revolta	Sig.	0,409	<b>0,382</b>	0,236	0,384	<b>0,451</b>	0,432	<b>0,474</b>	0,384	<b>0,516</b>	<b>0,509</b>	0,420	<b>0,686</b>		0,315
	Corr.	0,066	<b>0,087</b>	0,303	0,086	<b>0,040</b>	0,050	<b>0,030</b>	0,086	<b>0,017</b>	<b>0,018</b>	0,058	<b>0,001</b>		0,164
Aceitação / Resignação	Sig.	<b>0,524</b>	<b>0,486</b>	0,405	<b>0,520</b>	0,309	0,254	0,385	<b>0,439</b>	<b>0,519</b>	0,346	<b>0,653</b>	0,367	0,315	
	Corr.	<b>0,015</b>	<b>0,026</b>	0,069	<b>0,016</b>	0,173	0,267	0,085	<b>0,047</b>	<b>0,016</b>	0,125	<b>0,001</b>	0,101	0,164	

Como se pode verificar pela matriz, existem inúmeras correlações significativas entre as variáveis do estudo, com diferentes graus de força. Algumas das mais notáveis são entre a Ansiedade e a Depressão, fortemente significativa ( $p < 0,001$ ) e com uma boa força ( $r = 0,857$ ); entre a Ansiedade e a Ansiedade Fóbica, fortemente significativa ( $p < 0,001$ ) e com uma boa força de correlação ( $r = 0,803$ ); entre a Escala Adicional e a Depressão ( $p < 0,001$ ;  $r = 0,828$ ), assim como entre a Escala Adicional e a Ansiedade ( $p < 0,001$ ;  $r = 0,824$ ); entre a Ansiedade Fóbica e o Psicoticismo, bastante significativa ( $p < 0,001$ ) e muito forte ( $r = 0,909$ ). As outras correlações encontradas variam em força entre o médio e o bom (sensivelmente entre 0,50 e 0,75).

Em suma, a maioria das comparações não revelou diferenças entre os grupos, sendo apenas encontradas na variável número de irmãos. No entanto, foram encontradas correlações significativas entre algumas dimensões.

## DISCUSSÃO

O presente trabalho de investigação teve como objectivo principal observar o impacto da doença oncológica de um filho no funcionamento psicológico dos pais, avaliando os estilos de *coping*, ansiedade e depressão, e conjuntamente perceber a influência de alguns dados demográficos.

Os nossos resultados demonstram uma predominância de adopções de estratégias do tipo Aceitação/Resignação à doença e, em segundo lugar, o Desânimo/Fatalismo. Ambos os estilos de *coping* não são os mais adequados e indicam a existência de ansiedade e depressão, como se demonstra ao longo da análise dos mesmos, mais a frente tentamos explicar este fenómeno com algumas ilustrações teóricas.

A pesquisa efectuada relativamente a diferenças entre o género e estilos de *coping* e depressão em pais de crianças com cancro não é consensual. Apesar do estudo efectuado por Martinson *et al.* (1997), em que mostra que as mães têm um maior número de reacções que os pais, face ao tratamento dos filhos ( Martinson *et al.*, 1997 *apud* Nascimento *et al.* 2005) Os nossos resultados vão de encontro ao aos resultados do estudo de Hoekstra-Weebers, Jasper, Kamps e Klip (1998). Os autores observaram que existia uma tendência para os casais adoptarem os mesmo estilos de *coping* do parceiro. No nosso estudo, observamos que não existem diferenças a este nível, o que se justifica pela maioria da amostra ser constituída por casais. A relação dos pais como casal é um assunto que tem todo o interesse de estudo, uma vez que diferentes fases da doença irá afectar a relação do casal (Al-Gamal and Long 2010; Silva *et al.*2010). Silva *et al.* (2010) refere no seu estudo que é muito importante acompanhar a relação dos pais. Normalmente, enfermeiros e outros clínicos focam a sua atenção nos aspectos biológicos da doença e esquecem-se da necessidade psicológica na relação dos pais durante o tratamento de cancro do filho. A relação entre estes carece de atenção porque o papel do casal pode sofrer alterações. Por exemplo, tradicionalmente o pai espera ficar com a responsabilidade de tomar decisões, e suportar emocionalmente o filho e a esposa, mas se ao invés disto, a família precisa que o pai tenha responsabilidades na lida da casa, este pode ficar resiliente à mudança. Esta resiliência pode levar a perturbações no casal.

Os profissionais de saúde necessitam estar atentos a estas situações e estar prevenidos para uma possível intervenção no casal (Silva *et al.* 2010).

Relativamente à variável Número de Irmãos, verificam-se diferenças tanto no nível da escala de sintomas nas dimensões Depressão e Obsessão-Compulsão, com incidência de adopção de estratégias de *coping* baseadas no Desânimo/Fatalismo. Estes resultados mostram que, nesta amostra, pais com apenas um filho, sendo este o filho portador de doença, apresentam scores mais elevados de depressão quando comparados com pais com mais filhos. Nas três dimensões, o score tende a diminuir quando o número de filhos aumenta, o que sugere que o foco no filho doente pode aumentar o stress e dificultar a gestão dos sentimentos associados à doença. Colocamos assim a hipótese de que este factor pode diminuir o enfoque no problema e, talvez, diminuir o sentimento de culpa muitas vezes associado a esta problemática. Esta diminuição do sentimento de culpa dos pais pode estar associada à existência de mais filhos saudáveis, que para além de retirarem esta carga, se podem tornar indivíduos que ajudam na rede de suporte. Quando apenas existe um filho, há uma maior obsessão com o filho doente e as dinâmicas familiares giram apenas em volta do problema, sendo a rede de suporte menor. Também podemos falar em termos da reestruturação familiar ser mais importante e necessária quando existem mais filhos, pois pressupõe maior cooperação entre os membros, logo, maior necessidade de adaptação. Alguns autores defendem que com o surgimento de uma doença num filho, o irmão saudável fica numa situação periférica, sente-se emocionalmente isolado (Murray, 1999) e desenvolve desajustes como depressão, raiva, ansiedade, culpa e isolamento social (Murray, 1998; Phuphaibul & Muensa, 1999; Johnson, 2002) e que este stress ocorre devido à instabilidade emocional da separação dos pais, medo e infelicidade (Phuphaibul & Muensa, 1999). Não obstante, outros autores vêem um aumento de efeitos positivos nos irmãos de crianças doentes (Murray, 1998; Phuphaibul & Muensa, 1999; Johnson, 2002), passando a demonstrar maior simpatia por outras pessoas, desejo de proteger ou cuidar do irmão doente, compreensão dos sentimentos das mães, responsabilidade e maturidade (Phuphaibul & Muensa, 1999).

A reacção dos irmãos é neste momento um assunto com opiniões divergentes. A despeito das divergências parece que para Freud e Winnicott o trauma no irmão saudável tem um carácter de surpresa, trazendo algo inesperado e incompreensível para a

criança, que se encontrava despreparada para o evento e ainda não era capaz de uma reação madura ao mesmo (Miceli, A e Zorning, S. 2012).

Relativamente à variável Género do Filho, verificou-se que os pais com crianças do sexo masculino apresentam mais Desânimo/Fatalismo do que os pais cujos filhos são do sexo feminino.

“o amor dos pais, tao comevedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo deles renascido, o qual, transformado em amor objectal, inequivocamente revela a sua natureza anterior”. (Freud, 1957, pag.90-1 cit. por Telles, 2004)

Aprecebemo-nos neste texto que os pais se identificam com os filhos e projetam neles os seus proprios narcisismos, independentemente do sexo. É legítimo pensarmos que em caso de doenças graves os pais o sintam como uma falha ou uma brecha narcisica. Mas, como tambem mostram os nossos resultados quando existe mais de um filho, esta falha pode ser atenuada de certa forma por haver um filho saudavel, e onde podem ser depositadas as suas fantasias e desejos. De acordo com Chabert (1987, cit. por Fernandes, 1989), entende-se o funcionamento narcísico a partir de três eixos: a substituição do amor objectal pelo amor narcísico (inibição do investimento libidinal); o encantamento pela imagem de si, o que requer uma procura constante da imagem de si ideal; e a incessante ameaça de morte ou do sentimento de continuidade de ser, provenientes do risco de desinvestimento objectal.

No que diz respeito às pulsões, afectos e temperamento narcísico, Freud (1924, 1937, cit. por Macêdo, 2010) afirma que, quando predominam as pulsões de vida, pode-se falar em narcisismo de vida, o que corresponde a um sentimento de auto-preservação, auto-estima, cuidado com o próprio e procura de vínculos de amor. Se predominarem pulsões de morte, o narcisismo adquire contornos ligados ao isolamento, sadismo, depressão ou suicídio. De acordo com Green (1988, cit. por Macêdo, 2010), o narcisismo de vida, que é sustentado por pulsões de vida, além de ir de acordo ao afirmado por Freud, ainda se manifesta por uma capacidade de lutar e de confrontar situações negativas da vida. O narcisismo de morte, leva a uma agressividade voltada contra si mesmo. Assim, estes pais, e a situação em que se encontram sugere que a sua adopção de estratégias do tipo fatalismo, pressupõe uma espécie de exorcismo desta pulsão de morte.

No que concerne à análise correlacional, verificaram-se algumas correlações significativas, sendo que as mais salientes foram entre a ansiedade e depressão. Este resultado corrobora estudos que indicam que pais e mães com níveis de depressão apresentam também ansiedade (Grinberg, 2000; Jay, 1990; Kasak, 2004; Schwartz, 2004; Duncan, 2007; Straisand, 2000, cit. por Azizah & Sarah, 2009), facto este que também se pode dever à adopção de estratégias pouco adequadas e mais focalizadas no Desânimo/Fatalismo e na Aceitação/Resignação. Por outro lado, pode estar associado ao facto de a maioria das crianças doentes, nesta amostra, se encontrarem em remissão e esta fase ser de grande ansiedade e de exigir maior atenção aos sintomas.

Também foram encontradas correlações positivas entre a ansiedade fóbica e a ansiedade. Podemos pensar que esta ansiedade pode decorrer da monitorização e do medo da recaída. Como refere Grinberg (2000) a depressão está intimamente ligada ao conceito de luto, e faz parte do processo psicopatológico que ocorre no individuo como consequência da perda do objeto querido, e esta perda implica não só ter de enfrentar simultaneamente a ameaça de perda de funções egóicas e de partes do self relacionadas com esse objeto, todo isto se manifesta de diversas formas e abarca vários afetos e manifestações dolorosas, complexas, que são desencadeadas pelo significado que a expressão da perda pode ter para o individuo. No entanto, não podemos falar que nestes pais exista esta expressão total de perda ou de elaboração desses sentimentos, pois a perda não se efetivou, ficando, no entanto, a pairar sobre sí essa eminência, que ainda por cima está fora do seu controle.

No estudo geral das depressões, duas noções são importantes: a *depressão reactiva*, que é considerada uma depressão normal ou fenómeno de luto, que caracteriza a reacção de uma personalidade de estrutura genital ou pré-edípiana à perda de um objecto privilegiado. Fala-se, neste caso, de depressibilidade, isto é, qualidade de se poder deprimir, de ser capaz de fazer um trabalho de luto (sinal de boa saúde mental); a *depressão patológica*, acontece quando existe uma natureza predominantemente narcísica dos laços objectais, condicionando uma intolerância e uma susceptibilidade particularmente intensas à perda do amor, e protecção desse objecto fundamental. Como neste caso, o objecto é do tipo funcional ou complementar (um instrumento ou um

prolongamento do próprio), o sujeito sente, ao perdê-lo (no real ou imaginariamente), que se destaca e afasta uma parte essencial de si (Matos, 2007a).

Segundo Matos (2003), a depressividade é um traço de personalidade constituído por uma depressão latente, com uma mistura de atributos de depressão anaclítica e depressão introjectiva. A depressividade é um tipo de carácter depressivo. É, portanto, uma perturbação estável, egossintónica e permanente. Representa, também, uma predisposição à doença depressiva, quer se trate de uma depressão introjectiva, quer de uma depressão anaclítica. Os factores psicológicos da depressividade são: a submissão a um supereu disperso e infiltrante, não integrado, unificado e delimitado (supereu primitivo e imaturo); um abatimento geral, desânimo e propensão à desistência; inibição fóbica e baixa auto-estima. A sua origem advém das perdas afectivas cumulativas na primeira infância e limitações/proibições excessivas de comportamentos espontâneos e reactivos, ou seja, carência afectiva e repressão precoce.

Matos (2007a), refere ainda que a depressividade é quando há um conflito com os introjectos, conduzindo a uma constante situação de esmagamento do *self* e esgotamento do eu, que se traduz num sentimento de inferioridade e/ou comportamento de incapacidade e revela um esforço defensivo contínuo para não ficar deprimido. Quando este conflito não é ultrapassado e o sujeito introjecta apenas a malignidade dos objectos, estão criadas as condições que originam a depressão propriamente dita (Matos, 2007a). O autor, sobre a patogenia da depressão, refere que o que leva à disposição depressiva é o facto de a criança ter sido investida narcisicamente e negativamente pela mãe. O que corresponde a não ter sido valorizada pela mesma, por não corresponder ao objecto narcísico idealizado que a mãe, tinha projectado no filho. Tal relação, narcisicamente orientada, que a mãe estabelece com o filho, tem tendência a ser uma relação severa e exigente, condicionando na criança um “eu ideal” ou “ideal do eu”, precocemente organizado de origem materna e representando para o sujeito, mais que metas dificilmente atingíveis, uma sensação de insucesso real e constante, muitas vezes, preexistindo à realização do desejo. A depressão não existe sem sentimentos de culpa e, sobretudo, sem sentimentos de inferioridade, porque a retirada de amor pelo objecto (a causa principal da depressão), é por si só desnarcisante. Por isso, o sintoma patogénico da depressão é a baixa auto-estima. No luto, não há perda de auto-estima, a não ser no luto infantil, ou tende a ser sentida como prova de desafecto (“se partiu, é porque não gostava o suficiente de mim”). No adulto, pode surgir um luto patológico, com um

carácter de depressão (quando o enlutado pensa que o objecto morreu, se deixou morrer porque não gostava do sujeito). A tristeza aparece quando se perde algo ou alguém, a que se estava fortemente ligado. Quando esse alguém ou algo é perdido ou sentido como incerto ou duvidoso, e em que a ligação é mantida por uma convicção, ligada a certa onipotência, a tristeza é sentida, mas a realidade da perda é negada, isto é, é negado o sentimento de perda. A depressão é a negação do sentimento de perda (está-se triste, sem saber porquê). É uma tristeza, cujo motivo se procura negar, para manter intacto o narcisismo e a auto-imagem. Assim, negando o sentimento de perda, o trabalho de luto não se faz, a tristeza mantém-se e a depressão arrasta-se. A cura da depressão passará pela realização de um trabalho de luto que estava bloqueado. Começando por uma depressão mais sentida, pela consciencialização, pela vivência e aceitação, elaborando-se assim a perda. A cura da depressão é, assim, uma reestruturação do investimento narcísico.

Já Klein, referente á posição depressiva, refere que a fase crítica desta surge quando o sujeito tem de renunciar ao seu controlo sobre o objecto. Para elaborar a posição depressiva, a negação da realidade e a posse do objecto tem que ser revertida, permitindo, assim, a independência do objecto. O fantasiar remete para a confrontação com a incapacidade de proteger o objecto. Esta elaboração da posição depressiva ocorre por etapas, nomeadamente no que consiste à perda do objecto: se é temida ou negada, ou se é reconhecida e o luto elaborado. Posto isto, numa primeira fase da posição depressiva há negação da perda do objecto e numa fase subsequente, há experiência de perda do objecto (Steiner, 1994).

Esta posição depressiva nunca está totalmente superada. As ansiedades de ambivalência e culpa, bem como experiências de perda, remetem sempre para experiências depressivas e estão sempre presentes. Na vida adulta, objectos externos bons constituem aspectos do bom objecto primário (interno e externo). Assim, qualquer perda irá remeter sempre para a ansiedade de perda do bom objecto interno e da experiência de todas as ansiedades vividas na posição depressiva. Se um bom objecto interno e seguro estiver estabelecido, as situações de ansiedade depressiva não serão patológicas, mas vivenciadas como um trabalho a fazer que abrirá espaço à experiência pessoal e à criatividade. Assim, a principal tarefa da posição depressiva será constituir um bom objecto interno, seguro e inteiro (Hinshelwood, 1989). Para isso, a posição depressiva tem que ser trabalhada, caso contrário, a capacidade de acreditar no amor e

na criatividade do ego, bem como a de conservar bons objectos internos e externos, não estará firmemente estabelecida, comprometendo assim o bom desenvolvimento. O ego estará sempre sujeito a perdas totais de bons objectos internos, comprometendo a relação com a realidade, de onde pode emergir uma regressão para a psicose (Segal 1979). Podemos pensar que os pais que, para além dos sintomas depressivos, mostram ainda lidar com desânimo ou fatalismo possam desta forma exorcizar uma angustia de morte. No que diz respeito às pulsões, Freud (1924, 1937, cit. por Macêdo, 2010) afirma que, quando existe uma prevalência das pulsões de vida, pode-se falar em narcisismo de vida, o que corresponde a um sentimento de auto-preservação, auto-estima, cuidado com o próprio e procura de vínculos de amor. Se, pelo contrário, predominarem pulsões de morte, o narcisismo adquire contornos ligados ao isolamento, sadismo, depressão ou suicídio. Segundo Green (1988, cit. por Macêdo, 2010), o narcisismo de vida (sustentado por pulsões de vida), além de comportar o afirmado por Freud, ainda se manifesta por uma capacidade de luta e de confronto com situações negativas da vida. O narcisismo de morte conduz a uma agressividade voltada contra si mesmo (Freud 1924).

Como se pôde observar, a maioria dos inquiridos aponta o cônjuge como sendo a pessoa que lhes fornece maior suporte. No entanto, e talvez pela falta de apoio continuado por parte dos profissionais de saúde, os níveis de ansiedade e depressão mantêm-se, mesmo quando a doença dos filhos se encontra em remissão. Coloca-se a hipótese deste apoio não ser o mais eficaz, dado que ambos vivenciam a mesma situação, os mesmos problemas e, provavelmente, partilham das mesmas inseguranças e dificuldades. Como também se verifica nesta amostra, a maioria dos inquiridos ou é casado ou se encontra em união de facto, não sendo possível observar se o mesmo acontece com os pais solteiros ou separados. Seria interessante, no futuro, realizar-se uma investigação não só com esta dimensão, mas também verificar a importância do apoio continuado dos profissionais de saúde, nomeadamente o apoio psicológico, para a gestão do *coping*.

Alguns sujeitos, por se encontrarem em situações singulares ou por serem em número reduzido em algumas das suas características demográficas, não puderam ser englobados em algumas das comparações e análises, porque condicionaria a interpretação das mesmas. Para futuro, uma possível forma de contornar esta questão será aumentar a amostra a ser estudada, ou realizar um estudo de carácter qualitativo de forma a observar com mais detalhe a forma como a doença oncológica de um filho

afecta a vida dos pais, na relação do casal, e na relação dos pais com os outros filhos, e o lugar destes na família.

Relativamente à falta de apoio profissional, demonstrado por 81% da amostra, alguns estudos, como refere Seligman (1989), demonstram que disponibilizar psicoterapia a doentes oncológicos e às suas famílias tem um impacto poderoso, não apenas ao nível das estratégias para lidar com a situação, mas também ao nível do ajustamento à doença e tratamento. Este aspecto seria importante, ainda, na manutenção da qualidade de vida dos doentes e dos familiares, nesta fase, onde a ansiedade associada a uma possível recaída e o constante monitoramento dos sintomas dificulta a adopção de estratégias mais adequadas.

## CONCLUSÃO

Apesar das contínuas inovações neste campo, o cancro apresenta-se como um dos flagelos a que a ciência ainda não conseguiu dar uma resposta totalmente eficaz. Os inúmeros estudos, sobre o comportamento parental e alguns deles sobre a doença oncológica, parecem ainda insuficientes para revelarem a realidade por que passam os pais de crianças com cancro (Gomes, R. *et al.* 2004; Silva *et al.* 2004)

A qualidade de vida é a base em todos os processos e determinante no que respeita ao cancro. É necessário que o *coping* parental seja adequado, facilitando o ajustamento psicossocial e contribuindo para as expectativas adequadas do doente oncológico, melhorando assim a sua qualidade de vida (Silva *et al.* 2004).

No presente trabalho, verificamos que o cancro de um filho afecta significativamente o funcionamento psicológico dos pais, pois estes mostram sintomas depressivos, de ansiedade e de obsessão-compulsão, e as estratégias mais utilizadas incidem sobre Aceitação/Resignação e Desânimo/Fatalismo.

Podemos concluir que existem alguns factores que podem agravar ou diminuir este impacto. Na nossa investigação, os pais que tinham mais de um filho, para além do filho doente, apresentam maiores níveis de ajustamento, quando comparados com os pais que apenas têm um filho, e os níveis de obsessão-compulsão e de depressão diminuem. O género dos filhos também se revelou um fator que parece influenciar os estilos de *coping* adoptados.

Observamos, também, uma relação positiva entre os sintomas de ansiedade e depressão, quando associadas à adopção de estratégias do tipo Desânimo/Fatalismo e Aceitação/Resignação, e que esta se deve á constante preocupação com o futuro incerto dos filhos, e possivelmente da impossibilidade de sentir a realidade, num misto de aceitação da condição dos filhos, e o sentimento de impotência face a essa condição, e de perda da confiança nas suas capacidades maternas e paternas.

Como já referimos, consideramos que as interpretações e generalizações dos resultados do presente estudo devem ser feitas com prudência, dada as limitações metodológicas que lhe estão inerentes, como o reduzido número da amostra. Esta limita a formulação de conclusões e coloca reservas quanto à generalização de resultados.

Podemos apontar, ainda, como limitação o facto deste estudo incidir num tipo de cancro e avaliar, unicamente, a perspectiva parental, descorando outros familiares mais próximos. Seria interessante, a título de proposta para investigações futuras, avaliar em conjunto com os pais, a perspectiva dos irmãos. Sugere-se, ainda, uma investigação que procure perceber com mais rigor o porquê da diminuição dos níveis de depressão em famílias onde existem mais filhos e, conseqüentemente, propomos que se faça uma reflexão sobre a intervenção junto destas famílias, tanto no meio hospitalar como nas instituições de solidariedade direccionadas para esta população, pois parece-nos insuficiente.

Alguns programas desenvolvidos em contexto hospitalar têm como objectivo ensinar estratégias de confronto para a ansiedade parental ou para os pais ensinarem aos seus filhos estas mesmas estratégias. Estes programas que abrangem a informação e o ensino de estratégias de controlo da ansiedade dos pais têm comprovado uma maior eficácia (Melnyk, 1995, cit. por Pereira & Lopes, 2002). O trabalho psicoterapêutico desenvolvido com estes pais terá como auxiliar os pais a fornecerem melhores condições que propiciem a continuidade do desenvolvimento da criança, superando os obstáculos presentes. O objetivo será o de contenção das angustias dos pais, devolvendo ou transformando estas angustias em apaziguamento e compreensão (insight), os pais podem, por identificação ao psicólogo, desempenhar estas funções junto dos filhos, e assim resgatar a confiança nas suas capacidades maternas e paternas (Motta, 2006).

## I. Referências

- Al-Gamal E., Long, T. (2010) Anticipatory grieving among parents living with a child with cancer. *Journal of Advanced Nursing* 66(9), 1980–1990.
- Azizah, O., Sarah, B. (2009). *Psychological Intervention for parentes od a children who have Cancer: A Meta-Analytic Review*. Pediatric Review. Bentham Science Publishers Ltd. 118-127.
- Beltrão, M. R., Vasconcelos, M. G., Pontes, C. M., Albuquerque, M. C. (2007). *Childhood câncer: maternal perceptions and strategies for coping with diagnosis*. *Jornal de Pediatria*. Sociedade Brasileira de Pediatria.
- Bezzera, S. L., Verissimo, M. L. (2002). A experiência de ser irmão de uma criança doente e hospitalizada: Uma análise de literatura. Jul;V.1, n.2, p.29-35.
- Bowlby. J.(1973). *Attachment and loss; Vol. III. Loss – Sadness and Depression*. The Tavistock Institute of Human Relation.
- Chabert, C. (1998). *O Rorschach na clínica do Adulto*. Lisboa: Climepsi.
- Eapen, V., Mabrouk, A., & Bin-othman, S. (2008). *Attitudes, perceptions, and family coping in pediatric cancer and childhood diabetes*. *New York academy of science*, 1138, p. 47-49.
- Freud, S. (1930/2005). *A civilização e os seus descontentamentos*. Mem Martins: Publicações Europa-América, LDA.
- Foutiadou, M., Barlow, J. H., Powell, L.A. and Langton, H. (2008). Optimism and Psychological well-being among Parents of children with cancer: an exploratory Study. *Psycho-oncology*, 17:401-409.
- Gomes, R., Pires, A., Moura, M. J., Silva, S., & Gonçalves, M. (2004). *Comportamento parental na situação de risco de cancro infantil*. *Análise psicológica*, 3 (XXII): 519-531.
- Hoekstra-Weebers, J., Jaspers, J., Klip, E.C., & Kamps, W.A. (2000). Factors Contributing to the Psychological Adjustment of Parents of Paediatric Cancer Patients. In L. Baider, C.L.Cooper, & A.K. De-Nour (Eds.), *Cancer and the Family*. England: John Wiley & Sons.
- Huang, I., Mu, P., & Chiou, T. (2008). *Parental experience os family resources in single-parents families having a child with cancer*. *Journal of clinical nursing*.

- Justo, J. (2001). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: etiologia, intervenção e articulações. p:51. In. Dias, M. & Durá, E. (2001). Territórios da Psicologia Oncológica. Climepsi. Lisboa
- Johnson, B., (2002). What is like being a sibling of a child with cancer? *International Journal of Palliative Nursing*. Sept;8:60-456.
- Kars, M C., Duijnste, M., Pool, A., Delden, J., & Grypdonck, M. (2007). *Being there: parenting the child with acute lymphoblastic leukaemia*. *Journal of clinical nursing*.
- Klein, M. (1996b). *O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos*. In Amor, culpa e reparação e outros trabalhos, 1921-1945 (pp. 387-412). Rio de Janeiro: Imago.
- Klein, M. (2006). *Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebé*. In Inveja e Gratidão - Obras Completas de Melanie Klein - Vol.III (pp. 85-118). Rio de Janeiro: Imago. 55
- Kohlsdorf, M., Junior, A. L. C., (2008). *Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento*. *Estudos de Psicologia*. Campinas. 25(3), Jul-Set.
- Kovács, M. J., Franco, M. H. P. (2008). *Pesquisa em Psico-oncologia*. In Carvalho, V., Franco, M. H. P., Kovács, M. J., Liberato., et al. *Temas em Psico-oncologia*. Sociedade Brasileira de Psico-oncologia. Summus editorial.
- Lazarus, R. Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company. New York.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1986). *Vocabulário da Psicanálise*. Tradução de Pedro Tamen. 9º ed. São Paulo.
- Macêdo, K. (2010). As Múltiplas Faces de Narciso. In *Revista Psicologia e Saúde*, 2, 2, 65-75.
- Matos, A., C (2003). *Mais Amor, Menos Doença – A Psicossomática Revisitada*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A., C, (2007a). Depressão, Latência e auto-idealização. In *O Desespero: Aquem da depressão* (pp. 227-230). Lisboa: Climepsi.
- Matos, A., C (2007b). Narcisismo, sexualidade e depressão. In *A Depressão: Episódios de um Percurso em Busca do Seu Sentido* (pp. 101-105). Lisboa: Climepsi.

- Matos, A., C (2007c). O desenvolvimento infantil na perspectiva psicanalítica. In *O Desespero – Aquém da Depressão* (pp. 271-282). Lisboa: Climepsi.
- Matos, A., C (2007d). *A Depressão: Episódios de um Percurso em Busca do seu sentido* (2ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Mensorio, M. S., Kohlsdors, M., & Junior, A. C. (2009). *Cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia: análise de estratégias de enfrentamento*. Psicologia em revista, vol.15, nº1, p. 158-176.
- Miceli, A. V. P., Zornig, S. M. A. (2012). Câncer infanto-juvenil: o trauma dos irmãos. Tempo psicanalítico, Rio de Janeiro, v. 44.i, p. 11-26.
- Moura, M. J., (2004). Para uma compreensão das estratégias de coping utilizadas por crianças com cancro e respectivas mães. Dissertação de Mestrado. Ispa, 40-80.
- Murray, J.S. (1998). The lived experience of childhood câncer: one sibling's perspective. Issues comprehensive Pediatric Nursing. Out/Dez; 21: 27-217.
- Murray, J.S., (1999). Siblings of children with cancer: a review of the literature. Journal of Pediatric Oncology Nursing. Jan;16:25-34.
- Motta, I. (2006). Orientação de Pais: Novas prespectivas no desenvolvimento de crianças e adolescentes. São Paulo:Casa do Psicólogo. Brasil. (69-87).
- Nascimento, L. C., Rocha, S. M. M., Hayes, V. H., Lima, R. A. G., (2005). Crianças com câncer e suas famílias. Revista Escola Enfermagem USP, 39(4):469-74.
- Pai, A. L. H., Lewandowski, A., Yougstrom, E., Greenley, R., Drotar, D., Peterson, C. C. (2007). A Meta- Analytic Review of the Influence of pediatric Cancero n parente and Family Functioning. Journal of Family Psychology. Vol.7, N3. APA. 407-415.
- Pereira, M. G. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Manuais universitários. Climepsi. Lisboa. p .71-94.
- Pires, A., Silva, S., Gonçalves, M., & Moura, J. M. (2002). *Cancro infantil e comportamento parental*. Psicologia, saúde e doença, p. 43-60.
- Pizzo, P.A, Poplack, D. G. (2002). Principles and practice of pediatric Oncology. 4<sup>th</sup> ed. E.U.A: Williams and wilkins, Philadelphia.

- Phuphaibul, R. Muensa, W. (1999). Negative and positive adaptive behaviors of thail school – aged children who have a sibling with cancer. *Journal of pediatric Nursing*. Out; 14:8-342.
- Santos, C., Pais-Ribeiro, J., & Lopes, C. (2006). *Estudo de adaptação da escala de ajustamento Mental ao cancro de um familiar (EAMC-F)*. *Psicologia, saúde e doenças*, p. 29-55.
- Santos, S.V. (1998). A família da criança com doenças crónicas: Abordagem de algumas características. *Análise Psicológica*, 1 (VIII), 445-452.
- Silva, F. M., Jacob, E., Nascimento, L. C. (2010). Impact of Childhood Cancer on Parents' Relationships: An Integrative Review. *Journal of Nursing Scholarship*, 42:3, 250–261
- Telles, S. (2004). *O Psicanalista vai ao cinema: artigos e ensaios sobre psicanalise e cinema*. São Paulo: Casa do Psicólogo. EdUFSCar. (10-20).

## Anexos

## Anexo 1 – Questionário Demográfico

O presente questionário está enquadrado no estudo sobre **Estratégias de coping, ansiedade e depressão em pais de crianças com doença oncológica: importância do apoio conjugal**, onde se pretende avaliar as estratégias emocionais de adaptação à doença oncológica pediátrica.

Neste sentido, pedimos a sua colaboração, através da resposta ao seguinte questionário anónimo. Este é constituído por questões de resposta rápida, está dividido em duas partes: dados pessoais sobre si e dados respeitantes ao seu filho (a), portador de doença oncológica. Assinale as respostas com um **X** dentro dos quadrados.

Recordamos que todos os dados fornecidos são confidenciais e que serão apenas utilizados no presente trabalho para tratamento estatístico, sendo, no entanto fundamentais para a concretização do mesmo.

### **Dados pessoais:**

Idade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F

Estado Civil: Casado/a  União de Facto   
Divorciado/a  Solteiro/a   
Separado/a  Viúvo/a

Situação Profissional: Empregado/a  Reformado/a  Baixa/Licença   
Desempregado/a  Doméstica/o

Profissão: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Quem sente que mais o/a apoia? (ex: marido, namorado, pai, mãe).

-

Atualmente recebe algum tipo de apoio/ajuda profissional? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_

### **Dados do Filho(a) portador de doença:**

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  N° de irmãos: \_\_\_\_\_, Idades: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo está em tratamento: \_\_\_\_\_ (meses/anos)

Qual o tipo de tratamento que recebe?\*

QT  QT + RT + QTAD  QT + RT + C   
QT + RT  QT + C  Outro

**\*QT** (Quimioterapia)  
**RT** (Radioterapia)  
**QTAD** (Quimio. de altas doses)  
**C** (Cirurgia)

Qual? \_\_\_\_\_

Fase da doença: Recaída  Remissão  Terminal

## Anexo 2 – Escala de Ajustamento Mental ao Cancro de um Familiar

### (MAC Scale-P)

**Célia Samarina Vilaça de Brito Santos; José Pais Ribeiro; Carlos Lopes**

As afirmações que se seguem descrevem reacções que as pessoas têm face a um problema de saúde de um familiar. Naturalmente que as pessoas respondem de formas muito diferentes a um mesmo acontecimento, mas nós queremos conhecer a forma como lida com esta situação. Se tiver dúvidas entre duas respostas, dê a que considerar mais próxima da sua realidade.

Por favor **faça um círculo à volta de um dos números**, à direita da afirmação, indicando até que ponto cada uma delas se aplica a si neste momento. Por exemplo, se a afirmação **não se aplica de modo algum a si**, deve fazer um círculo no número **1**, na primeira coluna, porém se **se aplica totalmente a si**, deve fazer o círculo no número **4**.

	Não se aplica de modo algum a mim	Não se aplica a mim	Aplica-se a mim	Aplica-se totalmente a mim
1. Sinto que não posso fazer nada para animar o meu familiar	1	2	3	4
2. Sinto que os problemas de saúde do meu familiar nos impedem de fazer planos para o futuro	1	2	3	4
3. Acredito que a minha atitude positiva poderá beneficiar a saúde do meu familiar	1	2	3	4
4. Acredito verdadeiramente que o meu familiar vai melhorar	1	2	3	4
5. Sinto que não posso fazer nada para alterar as coisas	1	2	3	4
6. Deixei tudo ao cuidado dos médicos	1	2	3	4
7. Sinto que a vida é sem esperança	1	2	3	4
8. Eu e o meu familiar temos planos para o futuro, por exemplo férias, trabalho, reformas na casa	1	2	3	4
9. Estou preocupado/a que a sua doença volte a aparecer ou piore	1	2	3	4
10. O meu familiar teve uma vida boa. O que vier daqui para a frente é bem vindo	1	2	3	4
11. Penso que o meu estado de espírito pode				

influenciar muito a saúde do meu familiar	1	2	3	4
12. Sinto que não há nada que eu possa fazer para o/a ajudar	1	2	3	4
13. Tento viver a minha vida como sempre fiz até aqui	1	2	3	4
14. Estou decidido/a a pôr tudo isto para trás das costas	1	2	3	4
15. Tenho dificuldade em acreditar que isto tenha acontecido com ele/a	1	2	3	4
16. Sofro de grande ansiedade por causa disto	1	2	3	4
17. Não tenho muita esperança no futuro	1	2	3	4
18. Neste momento, vivo um dia de cada vez	1	2	3	4
19. Apetece-me desistir	1	2	3	4
20. Tento obter o máximo de informação acerca da doença	1	2	3	4
21. Sinto que não tenho controlo sobre os acontecimentos	1	2	3	4
22. Tento manter uma atitude muito positiva	1	2	3	4
23. Sinto-me completamente perdido/a sem saber o que fazer	1	2	3	4
24. Sinto-me muito zangado/a com o que lhe aconteceu	1	2	3	4
25. Não acreditei que ele/a tinha esta doença	1	2	3	4
26. Dou valor às coisas boas que me acontecem	1	2	3	4
27. Tento combater a doença	1	2	3	4

Por favor, certifique-se que não deixou nenhuma questão por responder.

Muito Obrigado pela Sua Colaboração ☺

# SCL-90-R

**QUESTIONÁRIO DE 90 SINTOMAS<sup>1</sup>**  
**(SYMPTOM CHECKLIST 90 – REVISED)**

**DEROGATIS, L.R., Ph.D. (1977, 1983, 1994)**

---

## INSTRUÇÕES

Leia atentamente as frases que se encontram nas páginas seguintes. São frases que dizem respeito a problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor o descreve, ou seja, o grau com que este o afectou nas últimas semanas, incluindo o dia de hoje. Para cada problema ou sintoma marque somente um espaço com uma cruz (X). Não deixe nenhuma questão por responder.

**OS RESULTADOS DESTA PROVA SÃO CONFIDENCIAIS**

---

<sup>1</sup> Tradução Portuguesa experimental de Alexandra Anciães (2004) a partir da adaptação Espanhola de González de Riviera e colaboradores (1988).

**ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:**

Nunca 0	Pouco 1	Moderadamente 2	Bastante 3	Extremamente 4
------------	------------	--------------------	---------------	-------------------

	0	1	2	3	4
1. Dores de cabeça					
2. Nervosismo ou tensão interior					
3. Pensamentos, palavras ou ideias repetitivas e não desejadas, que não lhe deixam a mente					
4. Sensações de desmaio ou tonturas					
5. Perda de desejo ou prazer sexual					
6. Ter a impressão de ser criticado pelos outros					
7. Ter a impressão que alguém pode controlar os seus pensamentos					
8. Ter a impressão que os outros são culpados da maioria dos seus problemas					
9. Dificuldade em se lembrar das coisas					
10. Preocupado(a) com a sujidade, a falta de cuidado ou a desorganização					
11. Sentir-se facilmente irritado(a) ou zangado(a)					
12. Dores no coração ou no peito					
13. Medo da rua ou dos espaços abertos					
14. Falta de forças ou lentidão					
15. Pensamentos de acabar com a vida					
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem					
17. Tremuras					
18. Sentir que a maioria das pessoas não são de confiança					
19. Falta de apetite					
20. Chorar facilmente					
21. Timidez ou sentir-se incomodado(a) perante o sexo oposto					
22. Ter a impressão de se sentir preso(a) ou apanhado(a) em falta					
23. Sentir medo súbito sem razão aparente					
24. Impulsos de raiva ou fúria que não consegue controlar					
25. Sentir medo de sair de casa sozinho(a)					
26. Sentimentos de culpa					
27. Dores no fundo das costas					
28. Sentir-se incapaz para terminar as tarefas					
29. Sentir-se só					
30. Sentir-se triste					
31. Preocupado(a) em demasia					

**ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:**

Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
32. Não ter interesse por nada					
33. Sentir-se amedrontado(a)					
34. Melindrar-se facilmente					
35. Ter a impressão que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos					
36. Sentir que os outros não compreendem ou não vivem os seus problemas					
37. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si					
38. Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza que ficam bem feitas					
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração					
40. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago					
41. Sentir-se inferior aos outros					
42. Sentir dores nos músculos					
43. Sentir que é observado(a) ou comentado(a) pelos outros					
44. Dificuldades em adormecer					
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
46. Dificuldade em tomar decisões					
47. Medo de viajar de carro, autocarro, metro ou comboio					
48. Dificuldades em respirar (sensação de falta ar)					
49. Afrontamentos ou calafrios					
50. Evitar certos lugares, coisas ou actividades porque lhe causam medo					
51. Sensação de cabeça vazia					
52. Adormecimentos ou picadas (formigueiro) no corpo					
53. Sentir um nó na garganta					
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
55. Dificuldades de concentração					
56. Sensações de fraqueza em algumas partes do corpo					
57. Sentir-se tenso(a) ou aflito(a)					
58. Sentir as pernas ou os braços pesados					
59. Pensar na morte ou que vai morrer					
60. Comer demais					
61. Não se sentir à vontade quando é observado(a) ou falam a seu respeito					

**ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:**

Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
62. Ter pensamentos que não são os seus próprios					
63. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
64. Acordar muito cedo de manhã					
65. Ter de repetir várias vezes as mesmas acções como tocar, contar ou lavar-se					
66. Sono agitado ou perturbado					
67. Ter impulsos para destruir ou partir as coisas					
68. Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham					
69. Sentir-se muito embaraçado(a) junto a outras pessoas					
70. Sentir-se mal no meio de muitas pessoas, como em lojas ou cinema					
71. Sentir que tudo constitui esforço					
72. Ataques de terror ou pânico					
73. Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos					
74. Envolver-se frequentemente em discussões					
75. Sentir-se nervoso(a) quando fica só					
76. Sentir que as pessoas não dão o devido valor às suas capacidades					
77. Sentir-se sozinho(a) mesmo quando está com pessoas					
78. Sentir-se tão desassossegado(a) que não consegue manter-se sentado(a) quieto(a)					
79. Sentir-se sem préstimo ou sem valor					
80. Ter a sensação que algo de mau lhe está para acontecer					
81. Gritar ou atirar coisas					
82. Medo de desmaiar em público					
83. Ter a impressão que se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si					
84. Ter pensamentos acerca do sexo que o(a) incomodam bastante					
85. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados ou erros					
86. Pensamentos ou imagens de natureza assustadora					
87. Ter a ideia que algo grave está a acontecer no seu corpo					
88. Sentir-se distante ou sem intimidade com alguém					
89. Sentimentos de culpa					
90. Ter a ideia que alguma coisa não regula bem na sua mente					

Anexo 4 – Estatística descritiva

**sexo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	M	9	42,9	42,9	42,9
	F	12	57,1	57,1	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**ecivil**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	casado	15	71,4	71,4	71,4
	divorciado	2	9,5	9,5	81,0
	uniao de facto	3	14,3	14,3	95,2
	solteiro	1	4,8	4,8	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**sprofissional**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	empregado	13	61,9	61,9	61,9
	desempregado	5	23,8	23,8	85,7
	reformado	1	4,8	4,8	90,5
	baixa licenca	2	9,5	9,5	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**escolaridade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Básico	3	14,3	14,3	14,3
	Secundário	7	33,3	33,3	47,6
	Superior	11	52,4	52,4	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**maisapoia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niguem	2	9,5	9,5	9,5
	Marido/Mulher	12	57,1	57,1	66,7
	Companheiro/a	3	14,3	14,3	81,0
	Mãe	2	9,5	9,5	90,5
	Pai	2	9,5	9,5	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**ajudaprofissional**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	19,0	19,0	19,0
	Nao	17	81,0	81,0	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**ajudaproqual**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhum	17	81,0	81,0	81,0
	Psicologo	3	14,3	14,3	95,2
	Psiquiatra	1	4,8	4,8	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**filhosexo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	M	9	42,9	42,9	42,9
	F	12	57,1	57,1	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**filhodiagnostico**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Leucemia	13	61,9	61,9	61,9

LLA	8	38,1	38,1	100,0
Total	21	100,0	100,0	

**filhoirmaos**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	8	38,1	38,1	38,1
1,00	8	38,1	38,1	76,2
2,00	5	23,8	23,8	100,0
Total	21	100,0	100,0	

**tempotrato**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Inferior a 2 anos	8	38,1	38,1	38,1
Superior a 2 anos	13	61,9	61,9	100,0
Total	21	100,0	100,0	

**tipotrato**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid QT	8	38,1	38,1	38,1
QTRT	3	14,3	14,3	52,4
QTRTQTAD	5	23,8	23,8	76,2
QTC	2	9,5	9,5	85,7
Outro	3	14,3	14,3	100,0
Total	21	100,0	100,0	

**fasedoenca**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Recaida	4	19,0	19,0	19,0
Remissao	17	81,0	81,0	100,0
Total	21	100,0	100,0	

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean
Idade	21	33,00	58,00	40,3810
Filhoidade	21	4,00	13,00	9,2381
Filhoirmaos	21	,00	2,00	,8571
idadeirmaosmedia	21	,00	23,50	7,7143
Valid N (listwise)	21			

Anexo 5 – Teste Normalidade

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	Depr essa o SCL9 0	Ansie dade SCL9 0	Somati zacao SCL90	Obse ssao Comp ulsao SCL9 0	Sensibi lidade Interpe ssoal SCL90	Hostil idade SCL9 0	Ansie dade Fobic a SCL9 0	Ideac ao Para noide SCL 90	Psicoti cismo SCL9 0	Esc ala Adic ional SCL 90	Desa nimo Fatal ismo EAM CF	Esp irito de Lut a EA MC F	Preocu pacao Revolt a EAMC F	Aceita cao Resig nacao EAM CF
N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Normal Mea Param eters <sup>a,b</sup> Std. Devi ation	16,23 81 8,988 35	9,619 0 6,651 89	11,714 3 7,3562 4	13,85 71 6,052 15	6,7619 5 5,6383 0	5,190 5 4,823 06	1,857 1 2,555 11	4,04 76 2,78 345	5,381 0 4,716 74	8,23 81 5,61 164	27,2 381 3,37 498	6,3 810 1,1 608	11,333 3 1,5275 3	11,28 57 2,077 09
Most Extrem e Differe nces Neg ative	,100 ,100 -0,067	,126 ,120 -0,126	,151 ,151 -0,080	,119 ,119 -0,072	,176 ,176 -0,115	,232 ,232 -0,207	,250 ,250 -0,234	,218 ,218 -0,137	,175 ,175 -0,127	,159 ,159 -0,080	,175 ,175 -0,128	,22 ,15 -0,22	,158 ,158 -0,148	,207 ,109 -0,207
Kolmogorov- Smirnov Z	,457	,578	,693	,545	,808	1,065	1,148	1,00	,803	,727	,802	1,0	,723	,950
Asymp. Sig. (2-tailed)	,985	,893	,723	,927	,532	,206	,144	,271	,539	,665	,541	,22	,672	,328

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Anexo 6 – Teste Anova para variável Idade

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Depressao SCL90	Between Groups	4,587	1	4,587	,054	,819
	Within Groups	1611,222	19	84,801		
	Total	1615,810	20			
Ansiedade SCL90	Between Groups	,036	1	,036	,001	,978
	Within Groups	884,917	19	46,575		
	Total	884,952	20			
Somatizacao SCL90	Between Groups	11,147	1	11,147	,198	,662
	Within Groups	1071,139	19	56,376		
	Total	1082,286	20			
Obsessao Compulsao SCL90	Between Groups	1,016	1	1,016	,026	,873
	Within Groups	731,556	19	38,503		
	Total	732,571	20			
Sensibilidade Interpessoal SCL90	Between Groups	9,143	1	9,143	,277	,605
	Within Groups	626,667	19	32,982		
	Total	635,810	20			
Hostilidade SCL90	Between Groups	42,099	1	42,099	1,890	,185
	Within Groups	423,139	19	22,270		
	Total	465,238	20			
Ansiedade Fobica SCL90	Between Groups	,321	1	,321	,047	,831
	Within Groups	130,250	19	6,855		
	Total	130,571	20			
Ideacao Paranoide SCL90	Between Groups	5,730	1	5,730	,730	,404
	Within Groups	149,222	19	7,854		
	Total	154,952	20			

Psicoticismo SCL90	Between Groups	14,286	1	14,286	,630	,437
	Within Groups	430,667	19	22,667		
	Total	444,952	20			
Escala Adicional SCL90	Between Groups	,004	1	,004	,000	,991
	Within Groups	629,806	19	33,148		
	Total	629,810	20			
Desanimo Fatalismo EAMCF	Between Groups	6,671	1	6,671	,573	,458
	Within Groups	221,139	19	11,639		
	Total	227,810	20			
Espirito de Luta EAMCF	Between Groups	,036	1	,036	,025	,876
	Within Groups	26,917	19	1,417		
	Total	26,952	20			
Preocupacao Revolta EAMCF	Between Groups	,778	1	,778	,322	,577
	Within Groups	45,889	19	2,415		
	Total	46,667	20			
Aceitacao Resignacao EAMCF	Between Groups	1,147	1	1,147	,256	,619
	Within Groups	85,139	19	4,481		
	Total	86,286	20			

Anexo 7 – Teste Anova para variável Idade

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Depressao SCL90	Between Groups	6,028	1	6,028	,071	,793
	Within Groups	1609,782	19	84,725		
	Total	1615,810	20			
Ansiedade SCL90	Between Groups	5,143	1	5,143	,111	,743
	Within Groups	879,809	19	46,306		
	Total	884,952	20			
Somatizacao SCL90	Between Groups	75,277	1	75,277	1,420	,248
	Within Groups	1007,009	19	53,000		
	Total	1082,286	20			
Obsessao Compulsao SCL90	Between Groups	14,026	1	14,026	,371	,550
	Within Groups	718,545	19	37,818		
	Total	732,571	20			
Sensibilidade Interpessoal SCL90	Between Groups	21,528	1	21,528	,666	,425
	Within Groups	614,282	19	32,331		
	Total	635,810	20			
Hostilidade SCL90	Between Groups	15,138	1	15,138	,639	,434
	Within Groups	450,100	19	23,689		
	Total	465,238	20			
Ansiedade Fobica SCL90	Between Groups	1,262	1	1,262	,185	,672
	Within Groups	129,309	19	6,806		
	Total	130,571	20			
Ideacao Paranoide SCL90	Between Groups	,043	1	,043	,005	,943
	Within Groups	154,909	19	8,153		
	Total	154,952	20			
Psicoticismo SCL90	Between Groups	4,416	1	4,416	,190	,667
	Within Groups	440,536	19	23,186		
	Total	444,952	20			
Escala Adicional SCL90	Between Groups	10,400	1	10,400	,319	,579
	Within Groups	619,409	19	32,600		
	Total	629,810	20			
Desanimo Fatalismo EAMCF	Between Groups	14,182	1	14,182	1,261	,275
	Within Groups	213,627	19	11,244		
	Total	227,810	20			
Espirito de Luta EAMCF	Between Groups	2,771	1	2,771	2,177	,156
	Within Groups	24,182	19	1,273		
	Total	26,952	20			
Preocupacao Revolta EAMCF	Between Groups	1,039	1	1,039	,433	,518
	Within Groups	45,627	19	2,401		

	Total	46,667	20			
Aceitacao Resignacao	Between Groups	5,049	1	5,049	1,181	,291
EAMCF	Within Groups	81,236	19	4,276		
	Total	86,286	20			

Anexo 8 – ANOVA Estado Civil

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Depressao SCL90	Between Groups	67,650	2	33,825	,371	,695
	Within Groups	1548,100	17	91,065		
	Total	1615,750	19			
Ansiedade SCL90	Between Groups	18,150	2	9,075	,178	,838
	Within Groups	866,400	17	50,965		
	Total	884,550	19			
Somatizacao SCL90	Between Groups	12,100	2	6,050	,096	,909
	Within Groups	1070,100	17	62,947		
	Total	1082,200	19			
Obsessao Compulsao SCL90	Between Groups	22,050	2	11,025	,271	,766
	Within Groups	692,500	17	40,735		
	Total	714,550	19			
Sensibilidade Interpessoal SCL90	Between Groups	31,567	2	15,783	,482	,626
	Within Groups	556,233	17	32,720		
	Total	587,800	19			
Hostilidade SCL90	Between Groups	10,050	2	5,025	,192	,827
	Within Groups	444,500	17	26,147		
	Total	454,550	19			
Ansiedade Fobica SCL90	Between Groups	4,467	2	2,233	,303	,743
	Within Groups	125,333	17	7,373		
	Total	129,800	19			
Ideacao Paranoide SCL90	Between Groups	4,900	2	2,450	,280	,759
	Within Groups	148,900	17	8,759		
	Total	153,800	19			
Psicoticismo SCL90	Between Groups	13,200	2	6,600	,260	,774
	Within Groups	431,600	17	25,388		
	Total	444,800	19			
Escala Adicional SCL90	Between Groups	17,967	2	8,983	,253	,779
	Within Groups	603,833	17	35,520		
	Total	621,800	19			
Desanimo Fatalismo EAMCF	Between Groups	48,200	2	24,100	2,388	,122
	Within Groups	171,600	17	10,094		
	Total	219,800	19			
Espirito de Luta EAMCF	Between Groups	,033	2	,017	,011	,989
	Within Groups	26,767	17	1,575		
	Total	26,800	19			

Preocupacao Revolta	Between Groups	1,217	2	,608	,228	,798
EAMCF	Within Groups	45,333	17	2,667		
	Total	46,550	19			
Aceitacao Resignacao	Between Groups	4,300	2	2,150	,463	,637
EAMCF	Within Groups	78,900	17	4,641		
	Total	83,200	19			

Anexo IX – ANOVA Situação Profissional

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Depressao SCL90	Between Groups	83,677	2	41,838	,528	,599
	Within Groups	1348,123	17	79,301		
	Total	1431,800	19			
Ansiedade SCL90	Between Groups	122,400	2	61,200	1,389	,276
	Within Groups	748,800	17	44,047		
	Total	871,200	19			
Somatizacao SCL90	Between Groups	33,623	2	16,812	,282	,758
	Within Groups	1014,377	17	59,669		
	Total	1048,000	19			
Obsessao Compulsao SCL90	Between Groups	18,819	2	9,410	,247	,784
	Within Groups	648,931	17	38,172		
	Total	667,750	19			
Sensibilidade Interpessoal SCL90	Between Groups	52,150	2	26,075	,808	,462
	Within Groups	548,800	17	32,282		
	Total	600,950	19			
Hostilidade SCL90	Between Groups	231,577	2	115,788	8,610	,003
	Within Groups	228,623	17	13,448		
	Total	460,200	19			
Ansiedade Fobica SCL90	Between Groups	22,231	2	11,115	1,757	,203
	Within Groups	107,569	17	6,328		
	Total	129,800	19			
Ideacao Paranoide SCL90	Between Groups	22,673	2	11,337	1,507	,250
	Within Groups	127,877	17	7,522		
	Total	150,550	19			
Psicoticismo SCL90	Between Groups	56,377	2	28,188	1,252	,311
	Within Groups	382,623	17	22,507		
	Total	439,000	19			
Escala Adicional SCL90	Between Groups	152,377	2	76,188	2,887	,083
	Within Groups	448,623	17	26,390		
	Total	601,000	19			
Desanimo Fatalismo EAMCF	Between Groups	4,577	2	2,288	,183	,834
	Within Groups	212,223	17	12,484		
	Total	216,800	19			
Espirito de Luta EAMCF	Between Groups	1,073	2	,537	,657	,531
	Within Groups	13,877	17	,816		
	Total	14,950	19			
Preocupacao Revolta	Between Groups	9,808	2	4,904	2,382	,122

EAMCF	Within Groups	34,992	17	2,058		
	Total	44,800	19			
Aceitacao Resignacao	Between Groups	,242	2	,121	,024	,976
EAMCF	Within Groups	85,508	17	5,030		
	Total	85,750	19			

Anexo X – ANOVA numero de irmãos

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Depressao SCL90	Between Groups	577,510	2	288,755	5,006	,019
	Within Groups	1038,300	18	57,683		
	Total	1615,810	20			
Ansiedade SCL90	Between Groups	226,777	2	113,389	3,101	,070
	Within Groups	658,175	18	36,565		
	Total	884,952	20			
Somatizacao SCL90	Between Groups	282,336	2	141,168	3,176	,066
	Within Groups	799,950	18	44,442		
	Total	1082,286	20			
Obsessao Compulsao SCL90	Between Groups	307,996	2	153,998	6,529	,007
	Within Groups	424,575	18	23,588		
	Total	732,571	20			
Sensibilidade Interpessoal SCL90	Between Groups	82,635	2	41,317	1,344	,286
	Within Groups	553,175	18	30,732		
	Total	635,810	20			
Hostilidade SCL90	Between Groups	60,938	2	30,469	1,357	,283
	Within Groups	404,300	18	22,461		
	Total	465,238	20			
Ansiedade Fobica SCL90	Between Groups	34,021	2	17,011	3,171	,066
	Within Groups	96,550	18	5,364		
	Total	130,571	20			
Ideacao Paranoide SCL90	Between Groups	27,452	2	13,726	1,938	,173
	Within Groups	127,500	18	7,083		
	Total	154,952	20			
Psicoticismo SCL90	Between Groups	201,577	2	100,789	7,454	,004
	Within Groups	243,375	18	13,521		
	Total	444,952	20			
Escala Adicional SCL90	Between Groups	163,435	2	81,717	3,154	,067
	Within Groups	466,375	18	25,910		
	Total	629,810	20			
Desanimo Fatalismo EAMCF	Between Groups	92,935	2	46,467	6,201	,009
	Within Groups	134,875	18	7,493		
	Total	227,810	20			
Espirito de Luta EAMCF	Between Groups	6,877	2	3,439	3,083	,071
	Within Groups	20,075	18	1,115		
	Total	26,952	20			
Preocupacao Revolta EAMCF	Between Groups	6,717	2	3,358	1,513	,247
	Within Groups	39,950	18	2,219		

	Total	46,667	20			
Aceitacao Resignacao	Between Groups	24,911	2	12,455	3,653	,047
EAMCF	Within Groups	61,375	18	3,410		
	Total	86,286	20			

#### Robust Tests of Equality of Means

		Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
Depressao SCL90	Welch	6,340	2	11,623	,014
	Brown-Forsythe	5,622	2	17,063	,013
Ansiedade SCL90	Welch	2,717	2	11,711	,107
	Brown-Forsythe	3,555	2	15,863	,053
Somatizacao SCL90	Welch	3,081	2	11,227	,086
	Brown-Forsythe	3,883	2	14,407	,045
Obsessao Compulsao SCL90	Welch	5,524	2	10,020	,024
	Brown-Forsythe	6,326	2	14,226	,011
Sensibilidade Interpessoal SCL90	Welch	1,466	2	8,184	,286
	Brown-Forsythe	1,167	2	9,808	,351
Hostilidade SCL90	Welch	9,796	2	11,084	,004
	Brown-Forsythe	1,691	2	8,345	,242
Ansiedade Fobica SCL90	Welch	4,764	2	10,379	,034
	Brown-Forsythe	3,947	2	11,194	,050
Ideacao Paranoide SCL90	Welch	2,141	2	10,711	,165
	Brown-Forsythe	2,030	2	16,478	,163
Psicoticismo SCL90	Welch	6,317	2	11,446	,014
	Brown-Forsythe	8,942	2	10,720	,005
Escala Adicional SCL90	Welch	3,932	2	10,890	,052
	Brown-Forsythe	3,639	2	12,572	,057
Desanimo Fatalismo EAMCF	Welch	7,569	2	10,119	,010
	Brown-Forsythe	6,374	2	15,192	,010
Espirito de Luta EAMCF	Welch	1,518	2	8,327	,274
	Brown-Forsythe	2,203	2	6,050	,191
Preocupacao Revolta EAMCF	Welch	1,160	2	9,719	,353
	Brown-Forsythe	1,376	2	12,023	,290
Aceitacao Resignacao EAMCF	Welch	4,725	2	8,262	,043
	Brown-Forsythe	3,429	2	11,602	,068

a. Asymptotically F distributed.

**Robust Tests of Equality of Means**

		Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
Depressao SCL90	Welch	6,340	2	11,623	,014
	Brown-Forsythe	5,622	2	17,063	,013
Ansiedade SCL90	Welch	2,717	2	11,711	,107
	Brown-Forsythe	3,555	2	15,863	,053
Somatizacao SCL90	Welch	3,081	2	11,227	,086
	Brown-Forsythe	3,883	2	14,407	,045
Obsessao Compulsao SCL90	Welch	5,524	2	10,020	,024
	Brown-Forsythe	6,326	2	14,226	,011
Sensibilidade Interpessoal SCL90	Welch	1,466	2	8,184	,286
	Brown-Forsythe	1,167	2	9,808	,351
Hostilidade SCL90	Welch	9,796	2	11,084	,004
	Brown-Forsythe	1,691	2	8,345	,242
Ansiedade Fobica SCL90	Welch	4,764	2	10,379	,034
	Brown-Forsythe	3,947	2	11,194	,050
Ideacao Paranoide SCL90	Welch	2,141	2	10,711	,165
	Brown-Forsythe	2,030	2	16,478	,163
Psicoticismo SCL90	Welch	6,317	2	11,446	,014
	Brown-Forsythe	8,942	2	10,720	,005
Escala Adicional SCL90	Welch	3,932	2	10,890	,052
	Brown-Forsythe	3,639	2	12,572	,057
Desanimo Fatalismo EAMCF	Welch	7,569	2	10,119	,010
	Brown-Forsythe	6,374	2	15,192	,010
Espirito de Luta EAMCF	Welch	1,518	2	8,327	,274
	Brown-Forsythe	2,203	2	6,050	,191
Preocupacao Revolta EAMCF	Welch	1,160	2	9,719	,353
	Brown-Forsythe	1,376	2	12,023	,290
Aceitacao Resignacao EAMCF	Welch	4,725	2	8,262	,043
	Brown-Forsythe	3,429	2	11,602	,068

a. Asymptotically F distributed.

**Depressao SCL90**

	filhoirmaos	N	Subset for alpha = 0.05	
			1	2
Tukey HSD <sup>a,b</sup>	2,00	5	7,8000	
	1,00	8	16,2500	16,2500
	,00	8		21,5000
	Sig.		,133	,434

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 6,667.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

**Ansiedade SCL90**

		N	Subset for alpha = 0.05	
filhoirmaos			1	
Tukey HSD <sup>a,b</sup>	2,00	5	6,2000	
	1,00	8	7,6250	
	,00	8	13,7500	
	Sig.		,085	

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 6,667.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

**Somatizacao SCL90**

		N	Subset for alpha = 0.05	
filhoirmaos			1	
Tukey HSD <sup>a,b</sup>	2,00	5	8,4000	
	1,00	8	9,1250	
	,00	8	16,3750	
	Sig.		,101	

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 6,667.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

**Obsessao Compulsao SCL90**

		N	Subset for alpha = 0.05	
filhoirmaos			1	2
Tukey HSD <sup>a,b</sup>	2,00	5	9,6000	
	1,00	8	11,7500	

	,00	8	18,6250
	Sig.	,703	1,000

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 6,667.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

**Sensibilidade Interpessoal SCL90**

		N	Subset for alpha = 0.05
filhoirmaos			1
Tukey HSD <sup>a,b</sup>	1,00	8	4,8750
	2,00	5	5,8000
	,00	8	9,2500
	Sig.		,342

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 6,667.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

**Hostilidade SCL90**

		N	Subset for alpha = 0.05
filhoirmaos			1
Tukey HSD <sup>a,b</sup>	2,00	5	2,2000
	1,00	8	5,7500
	,00	8	6,5000
	Sig.		,249

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 6,667.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

**Ansiedade Fobica SCL90**

		N	Subset for alpha = 0.05
filhoirmaos			

		1	
Tukey HSD <sup>a,b</sup>	2,00	5	,2000
	1,00	8	1,3750
	,00	8	3,3750
	Sig.		,055

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 6,667.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

#### Ideacao Paranoide SCL90

		Subset for alpha = 0.05	
filhoirmaos	N	1	
Tukey HSD <sup>a,b</sup>	2,00	5	3,0000
	1,00	8	3,2500
	,00	8	5,5000
	Sig.		,227

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 6,667.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

#### Psicoticismo SCL90

		Subset for alpha = 0.05	
filhoirmaos	N	1	2
Tukey HSD <sup>a,b</sup>	2,00	5	2,0000
	1,00	8	3,6250
	,00	8	9,2500
	Sig.	,704	1,000

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 6,667.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

**Escala Adicional SCL90**

		N	Subset for alpha = 0.05	
filhoirmaos			1	2
Tukey HSD <sup>a,b</sup>	2,00	5	4,0000	
	1,00	8	7,8750	7,8750
	,00	8		11,2500
	Sig.		,367	,462

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 6,667.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

**Desanimo Fatalismo EAMCF**

		N	Subset for alpha = 0.05	
filhoirmaos			1	2
Tukey HSD <sup>a,b</sup>	2,00	5	25,0000	
	1,00	8	26,0000	
	,00	8		29,8750
	Sig.		,785	1,000

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 6,667.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

**Espirito de Luta EAMCF**

		N	Subset for alpha = 0.05
filhoirmaos			1
Tukey HSD <sup>a,b</sup>	2,00	5	5,4000
	1,00	8	6,5000
	,00	8	6,8750
	Sig.		,050

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 6,667.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

**Preocupacao Revolta EAMCF**

		Subset for alpha = 0.05	
filhoirmaos	N	1	
Tukey HSD <sup>a,b</sup>	2,00	5	10,4000
	1,00	8	11,3750
	,00	8	11,8750
	Sig.		,195

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 6,667.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

**Aceitacao Resignacao EAMCF**

		Subset for alpha = 0.05		
filhoirmaos	N	1	2	
Tukey HSD <sup>a,b</sup>	2,00	5	10,0000	
	1,00	8	10,7500	10,7500
	,00	8		12,6250
	Sig.		,742	,181

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 6,667.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Anexo XI – ANOVA género dos filhos

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Depressao SCL90	Between Groups	264,143	1	264,143	3,713	,069
	Within Groups	1351,667	19	71,140		
	Total	1615,810	20			
Ansiedade SCL90	Between Groups	73,397	1	73,397	1,718	,206
	Within Groups	811,556	19	42,713		
	Total	884,952	20			
Somatizacao SCL90	Between Groups	158,730	1	158,730	3,266	,087
	Within Groups	923,556	19	48,608		
	Total	1082,286	20			
Obsessao Compulsao SCL90	Between Groups	58,099	1	58,099	1,637	,216
	Within Groups	674,472	19	35,499		
	Total	732,571	20			
Sensibilidade Interpessoal SCL90	Between Groups	33,587	1	33,587	1,060	,316
	Within Groups	602,222	19	31,696		
	Total	635,810	20			
Hostilidade SCL90	Between Groups	20,571	1	20,571	,879	,360
	Within Groups	444,667	19	23,404		
	Total	465,238	20			
Ansiedade Fobica SCL90	Between Groups	5,433	1	5,433	,825	,375
	Within Groups	125,139	19	6,586		
	Total	130,571	20			
Ideacao Paranoide SCL90	Between Groups	11,147	1	11,147	1,473	,240
	Within Groups	143,806	19	7,569		
	Total	154,952	20			
Psicoticismo SCL90	Between Groups	60,036	1	60,036	2,963	,101
	Within Groups	384,917	19	20,259		
	Total	444,952	20			
Escala Adicional SCL90	Between Groups	84,587	1	84,587	2,948	,102
	Within Groups	545,222	19	28,696		
	Total	629,810	20			
Desanimo Fatalismo EAMCF	Between Groups	69,143	1	69,143	8,280	,010
	Within Groups	158,667	19	8,351		
	Total	227,810	20			
Espirito de Luta EAMCF	Between Groups	,480	1	,480	,345	,564
	Within Groups	26,472	19	1,393		
	Total	26,952	20			
Preocupacao Revolta EAMCF	Between Groups	4,861	1	4,861	2,209	,154
	Within Groups	41,806	19	2,200		

	Total	46,667	20			
Aceitacao Resignacao	Between Groups	5,730	1	5,730	1,352	,259
EAMCF	Within Groups	80,556	19	4,240		
	Total	86,286	20			

Anexo XII – Matriz de Correlações

Correlations

	Depressão SCL90 0	Ansiedade SCL90 0	Somatização SCL90	Obsessão Compulsiva SCL90	Sensibilidade Interpessoal SCL90	Hostilidade SCL90	Ansiedade Fóbica SCL90	Ideação Paranoide SCL90	Psicoticismo SCL90	Escalimono Adicional SCL90	Desanimo Fatalismo EAMCF	Espirito de Luta EAMCF	Preocupação Revoltosa EAMCF	Aceitação Resignada EAMCF
Depressão SCL90 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1	,857**	,739**	,688**	,568**	,559**	,629**	,527*	,768**	,828**	,534*	,575*	,409	,524*
Ansiedade SCL90 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,857**	1	,658**	,641**	,631**	,624**	,803**	,420	,862**	,824**	,439*	,467*	,382	,486*
Somatização SCL90 Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,739**	,658**	1	,433	,441*	,257	,482*	,555**	,574**	,619**	,351	,300	,236	,405

Obsessive Compulsive SCL90	Pearson Correlation	,688**	,641**	,433	1	,441*	,366	,522*	,538*	,659**	,587**	,535*	,563*	,384	,520*
	Sig. (2-tailed)	,001	,002	,050		,045	,103	,015	,012	,001	,005	,012	,008	,086	,016
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Sensibility Interpersonal SCL90	Pearson Correlation	,568**	,631**	,441*	,441*	1	,456*	,459*	,765**	,581**	,444*	,547*	,565*	,451*	,309
	Sig. (2-tailed)	,007	,002	,046	,045		,038	,036	,000	,006	,044	,010	,008	,040	,173
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Hostility SCL90	Pearson Correlation	,559**	,624**	,257	,366	,456*	1	,749**	,420	,720**	,623**	,292	,406	,432	,254
	Sig. (2-tailed)	,008	,002	,261	,103	,038		,000	,058	,000	,003	,199	,068	,050	,267
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Anxiety Phobic SCL90	Pearson Correlation	,629**	,803**	,482*	,522*	,459*	,749**	1	,402	,909**	,717**	,445*	,441*	,474*	,385
	Sig. (2-tailed)	,002	,000	,027	,015	,036	,000		,071	,000	,000	,043	,046	,030	,085
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Ideation Paranoid SCL90	Pearson Correlation	,527*	,420	,555**	,538*	,765**	,420	,402	1	,501*	,406	,605**	,458*	,384	,439*

Sig. (2-tailed)	,014	,058	,009	,012	,000	,058	,071		,021	,068	,004	,037	,086	,047
N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Psicotico smon SCL90 Correla tion	,768**	,862**	,574**	,659**	,581**	,720**	,909**	,501*	1	,722**	,585**	,520*	,516*	,519*
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,007	,001	,006	,000	,000	,021		,000	,005	,016	,017	,016
N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Escala Pearso Adicion al Correla SCL90 tion	,828**	,824**	,619**	,587**	,444*	,623**	,717**	,406	,722**	1	,414	,538*	,509*	,346
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,003	,005	,044	,003	,000	,068	,000		,062	,012	,018	,125
N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Desanim o Fatalism o EAMCF Correla tion	,534*	,439*	,351	,535*	,547*	,292	,445*	,605**	,585**	,414	1	,473*	,420	,653**
Sig. (2-tailed)	,013	,047	,118	,012	,010	,199	,043	,004	,005	,062		,030	,058	,001
N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Espirito de Lutan EAMCF Correla tion	,575**	,467*	,300	,563**	,565**	,406	,441*	,458*	,520*	,538*	,473*	1	,686**	,367
Sig. (2-tailed)	,006	,033	,186	,008	,008	,068	,046	,037	,016	,012	,030		,001	,101
N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

Preocupação	Pearson	,409	,382	,236	,384	,451*	,432	,474*	,384	,516*	,509*	,420	,686*	1	,315
Revolta	Correlação														
EAMCF															
	Sig. (2-tailed)	,066	,087	,303	,086	,040	,050	,030	,086	,017	,018	,058	,001		,164
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Aceitação	Pearson	,524*	,486*	,405	,520*	,309	,254	,385	,439*	,519*	,346	,653**	,367	,315	1
Resignação	Correlação														
EAMCF															
	Sig. (2-tailed)	,015	,026	,069	,016	,173	,267	,085	,047	,016	,125	,001	,101	,164	
	N	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).