



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO

**CUIDADORES FAMILIARES DE
CRIANÇAS COM DOENÇAS
CRÓNICAS: O IMPACTO DA DOENÇA**

INÊS CARDIA PEREIRA

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA CATARINA RAMOS

Coordenadora de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia da Saúde

Lisboa, 2021

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Catarina Ramos, apresentado no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde

Agradecimentos

A ti, meu tio, Carlos Pereira, que uma maldita doença levou, e que estás no céu a olhar e a torcer por mim. És um dos meus anjos da guarda, e a ti, devo muito desta força, dedicação e trabalho. Isto é por ti, e para ti!

Aos meus pais, que com muito trabalho, perseverança e amor, sempre me encorajaram a ser maior, a ser melhor; deram-me a possibilidade de estudar, numa área que amo, e que me identifico. Foram quem permitiu isto acontecer, o gatilho. Obrigada, do fundo do meu coração por todo o apoio, e por me deixarem seguir os meus sonhos. São a razão de tudo. Amo-vos!

Ao resto da minha família, irmãs, cunhados, sobrinha e sobrinhos, que nunca me deixaram desistir e sempre me encorajaram a fazer o que gosto. A não baixar os braços. O meu muito obrigada, pelo apoio, pelo amor e pelo carinho! São o meu alicerce.

Aos melhores amigos que a faculdade me podia ter dado, Carolina Figueiredo, Carolina Oliveira, Afonso Pato, Marta Pereira, Ana Rita Santos e Patrícia Cardoso, obrigada, por serem os melhores, nos piores momentos, e, em especial, um obrigada à Ana Araújo, por todas as chamadas de madrugada em trabalhos, por todos os momentos de riso e de choro, por me ter ajudado a concluir esta etapa com sucesso, por nunca me ter falhado e ter sempre uma palavra amiga a dar. A toda a minha turma de saúde, pelo apoio e incentivo diário. Ao Bruno Vaz pelos anos que já passaram e pelas vezes que me encorajou a querer ser melhor. Ao Pedro e ao Gui, pela amizade e apoio constantes.

Ao meu namorado, Gonçalo Pereira, que me deu a mão nos momentos mais complicados e me ajudou a superá-los. Que me ajudou a ter calma, a ver sempre o lado positivo das situações, que não me deixou desistir e que sempre me lembrou dos meus feitos, que me deu força, amor, carinho e companheirismo. O meu sincero obrigada. Amo-te muito! Também à sua família, que sinto como minha, pelo apoio e preocupação.

Aos professores que tornaram tudo isto possível, o meu especial obrigada, em específico à Professora Doutora Catarina Ramos pela paciência, perseverança, calma e auxílio em tudo, e às Professoras Doutoradas Isabel Leal e Ivone Patrão, por toda a ajuda ao longo desta caminhada.

A todos, o meu muito obrigada. Sem vocês, nada disto era possível!

*“Não sou nada
Nunca serei nada.
Não posso querer ser nada.
À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.”*

Álvaro de Campos
(Heterónimo de Fernando Pessoa)

Resumo

Introdução: Com base na literatura evidencia-se que, no processo de doença crónica, o cuidador familiar da criança é compreendido como um fator de proteção e auxílio para a mesma, e devido ao impacto da doença, na vida da criança, podem surgir reações positivas de enfrentamento da doença no cuidador. O principal objetivo desta investigação é compreender a adaptação dos cuidadores familiares à doença crónica da criança, avaliando a resiliência, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo e crescimento pós-traumático. **Método:** A amostra é constituída por 127 participantes ($M = 40$ anos, 26 ; $DP = 7,38$), que são, ou foram, cuidadores de crianças com doenças crónicas. Os participantes preencheram um questionário *online* com os seguintes instrumentos: Escala de Resiliência, o Questionário de Bem-Estar Espiritual, a Escala de Satisfação com a Vida, a Escala de Afeto Positivo e Negativo e o Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático. **Resultados:** Os resultados evidenciam a manifestação das variáveis supracitadas na população de pais cuidadores de crianças com doenças crónicas e demonstram que o estado civil, internamentos e bem-estar espiritual estão relacionados com resiliência, bem-estar subjetivo, crescimento pós-traumático e resiliência predizem o bem-estar espiritual, o crescimento pós-traumático e o bem-estar espiritual são preditores de bem-estar subjetivo, e o bem-estar subjetivo e espiritual contribuem para o crescimento pós-traumático. **Conclusão:** Este estudo demonstra que os cuidadores tendem a manifestar ajustamento psicossocial na gestão da situação de doença crónica, percecionando as variáveis psicossociais supracitadas, e possibilita evidências empíricas importantes para a criação de um modelo teórico que explique a relação entre as mesmas.

Palavras-chave: doença crónica pediátrica; cuidador familiar; resiliência; bem-estar espiritual; bem-estar subjetivo; crescimento pós-traumático.

Abstract

Introduction: Based on the literature, it is evident that in the process of chronic disease, the family caregiver of the child is understood as a factor of protection and assistance to the child, and due to the impact of the disease on the child's life, positive reactions to confront the disease can arise in the caregiver. The main objective of this research is to understand the adaptation of family caregivers to the chronic disease of the child, assessing the child's resilience, spiritual well-being, subjective well-being and post-traumatic growth. **Method:** The sample consists of 127 participants (M age = 40;26 SD = 7.38), who are, or were, caregivers of children with chronic diseases. Participants completed an online questionnaire with the following tools: Resilience Scale, the Spiritual Wellbeing Questionnaire, the Life Satisfaction Scale, the Positive and Negative Affect Schedule, and the Posttraumatic Growth Inventory **Results:** The results show the manifestation of the abovementioned variables in the population of parents caring of children with chronic illnesses and demonstrate that marital status, internments and spiritual well-being are related to resilience, subjective well-being, post-traumatic growth and resilience predict spiritual well-being, post-traumatic growth and spiritual well-being are predictors of subjective well-being, and subjective and spiritual well-being contribute to post-traumatic growth. **Conclusion:** This study shows that caregivers tend to manifest psychosocial adjustment in the management of the chronic disease situation, perceiving the aforementioned psychosocial variables, and provides important empirical evidence for the creation of a theoretical model that explains the relationship between them.

Keywords: pediatric chronic disease; family care; resilience; spiritual well-being; subjective well-being; post-traumatic growth.

Índice

Lista de Abreviaturas.....	8
Lista de Figuras	9
Lista de Quadros.....	9
Lista de Anexos	10
Introdução.....	11
Enquadramento Teórico	13
As Doenças Crónicas	13
As doenças crónicas pediátricas.....	14
O impacto das doenças crónicas pediátricas na família.....	16
Vivência dos Cuidadores Familiares no Processo da Doença Oncológica.....	18
A resiliência.....	18
O bem-estar espiritual	21
O bem-estar subjetivo.....	24
O crescimento pós-traumático.....	26
Relevância do Estudo.....	28
Objetivos do Estudo.....	29
Método.....	31
Desenho do Estudo	31
Participantes.....	31
Procedimento	34
Materiais	34
Análise Estatística.....	39
Resultados.....	42
Dados Psicossociais	42
Correlações Entre as Variáveis	43
Modelos Explicativos das Relações entre as Variáveis	44

Diferenças Entre Grupos.....	50
Discussão	52
Limitações.....	58
Considerações Finais	60
Referências	62
Anexos	72

Lista de Abreviaturas

BES – Bem-Estar Subjetivo

CPT - Crescimento Pós-Traumático

DP - Desvio-Padrão

IPO Lisboa - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E

M - Média

PANAS - Positive and Negative Affect Schedule

PTGI - Posttraumatic Growth Inventory

SWBQ - Spiritual Well-being Questionnaire

Lista de Figuras

Figura 1 - Análise Fatorial Confirmatória da Subescala Afeto Positivo (N=127).....	37
Figura 2 - Análise Fatorial Confirmatória da Subescala Afeto Negativo (N=127).....	38

Lista de Quadros

Quadro 1 - Características Sociodemográficas e Clínicas do Cuidador (N=127).....	31
Quadro 2 - Características Sociodemográficas e Clínicas do Portador (N=127).....	33
Quadro 3 - Análise Descritiva das Variáveis Psicossociais.....	42
Quadro 4 - Coeficiente de alfa de <i>Cronbach</i> e Correlações de Pearson das Variáveis Psicossociais.....	44
Quadro 5 - Modelo de Regressão Hierárquica - V.D. Resiliência.....	45
Quadro 6 - Modelo de Regressão Hierárquica - V.D. Bem-Estar Espiritual.....	46
Quadro 7 - Modelo de Regressão Hierárquica - V.D. Bem-Estar Subjetivo.....	48
Quadro 8 - Modelo de Regressão Hierárquica - V.D. Crescimento Pós-Traumático.....	49
Quadro 9 - Teste Tukey HSD.....	51

Lista de Anexos

Anexo A: Autorização formal para a realização do estudo no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E. (IPO Lisboa).....	72
Anexo B: Autorização formal para a utilização da Escala de Resiliência adaptada para a população portuguesa.....	74
Anexo C: Autorização formal para a utilização do Questionário de Bem-Estar Espiritual validado para a população portuguesa.....	75
Anexo D: Autorização formal para a utilização da Escala de Satisfação com a Vida adaptada para a população portuguesa.....	76
Anexo E: Autorização formal para a utilização da Escala PANAS – Versão Portuguesa, adaptada para a população portuguesa.....	77
Anexo F: Autorização formal para a utilização do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático – PTGI, adaptado para a população portuguesa.....	78
Anexo G: Consentimento Informado.....	79
Anexo H: Questionário Sociodemográfico.....	80
Anexo I: Escala de Resiliência adaptada para a população portuguesa por Ng Deep e Leal (2012).....	82
Anexo J: Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQ) validado para a população portuguesa por Gouveia e colaboradores (2009).....	83
Anexo K: Escala de Satisfação com a Vida validada para a população portuguesa por Figueiras e colaboradores (2010).....	84
Anexo L: PANAS – Versão Portuguesa, validada para a população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro (2005).....	85
Anexo M: Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático – PTGI, validado por Silva e colaboradores (2009).....	86
Anexo N: Outputs relativos à Estatística Descritiva das variáveis utilizadas no presente estudo.....	88
Anexo O: Outputs relativos aos Testes Estatísticos realizados no presente estudo.....	95

Introdução

As condições crónicas de saúde exigem cuidados permanentes e tratamentos contínuos, por tempo indeterminado, e devido a isso, inúmeras vezes, os doentes ficam ao encargo de cuidadores familiares, maioritariamente quando são as crianças que possuem a doença crónica (Moreira, Gomes, & Sá, 2014). As crianças com doenças crónicas podem vir a sofrer, em algum momento da sua vida, de limitações em diversas atividades, dores frequentes, sofrimento psicológico e atrasos de desenvolvimento, e, podem necessitar de hospitalizações frequentes, assim como de consultas e tratamentos médicos, e face a isso, precisam da presença constante de um familiar, de um cuidador que as auxilie (Compas, Jaser, Dunn, & Rodriguez, 2012).

Ao longo do processo de doença crónica, o cuidador familiar da criança torna-se um fator de proteção e de auxílio, indispensável em todas as fases da doença, e, devido ao peso da responsabilidade e da necessidade de presença constante, o cuidador familiar pode desenvolver sentimentos de *stress*, revolta, tristeza e incerteza (Caçador, 2018; Ferreira, 2010). De acordo com diversos estudos (e.g. Albuquerque, Silva, Ferreira, Junior, & Saldanha, 2009; Leite, Gomes, Morais, & Collet, 2015; Pêgo & Barros, 2017), após o sentimento de choque que vem da notícia do diagnóstico da doença, e após diversos acontecimentos marcantes (p. ex. internamentos), podem surgir reações positivas como resiliência, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo e crescimento pós-traumático, como forma de *coping* visando a aceitação da doença e das inúmeras consequências que a mesma acarreta.

Neste sentido, e após a verificação da inexistência de estudos que procurem estudar a resiliência, o bem-estar espiritual, o bem-estar subjetivo e o crescimento pós-traumático em cuidadores familiares de crianças com doenças crónicas, surgiu este estudo, que tem como principal objetivo compreender a adaptação dos cuidadores familiares à doença crónica da criança. Assim, pretende-se avaliar a manifestação de cada uma das variáveis psicossociais (resiliência, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo e crescimento pós-traumático) nos cuidadores familiares de crianças com doenças crónicas.

A presente dissertação de mestrado está organizada essencialmente em quatro secções: a) a primeira secção compreende a introdução às diversas temáticas abordadas ao longo do estudo (p. ex. o impacto das doenças crónicas pediátricas, a vivência dos

pais no processo da doença crónica), a pertinência do estudo em questão e a especificação do principal objetivo e dos objetivos secundários; b) a segunda secção é composta pela metodologia, particularmente, o desenho do estudo, os participantes, o procedimento, os materiais e a análise estatística dos dados; c) a terceira secção diz respeito à descrição detalhada dos resultados obtidos neste estudo, à discussão dos mesmos, às limitações encontradas no presente estudo, e sugestões para estudos futuros; d) a quarta secção e última é referente às considerações finais.

Enquadramento Teórico

As Doenças Crónicas

O progresso científico e tecnológico, tem permitido um diagnóstico prematuro das doenças, assim como do seu tratamento, que possibilita a maioria das vezes, o controle da doença e conseqüentemente a sua cura. Contudo, algumas doenças, particularmente as crónicas, promovem alterações emocionais, sociais e orgânicas, que exigem uma adaptação individual e familiar, e inúmeros cuidados especiais (Santos & Figueiredo, 2013; Vieira & Lima, 2002).

Ao longo do tempo, as preocupações centradas nas doenças crónicas foram mudando. Assim, inicialmente a) procurou-se conhecer os sintomas das doenças, para ser possível a sua identificação eficazmente, encontrar medicação que fosse capaz de controlar esses mesmos sintomas e diminuir o seu efeito na vida da pessoa; b) ensinar e dar informações necessárias aos indivíduos visando a adesão ao tratamento; e c) prevenir a doença através de campanhas que procuravam orientar os indivíduos a diminuir a probabilidade de desenvolver uma doença crónica ou retardar o aparecimento de algumas, uma vez que, as doenças crónicas podem advir de causas genéticas, do meio ambiente onde o individuo vive, ou da prática de um estilo de vida não saudável (Anderson & Durstine, 2019; Araújo, Collet, Moura, & Nóbrega, 2009)

Contudo, apesar do enfoque nas doenças crónicas ser cada vez maior, estas ainda não têm uma definição certa e consensual, dependendo do autor que as define, porém, a maioria das definições estão focadas na duração deste tipo de doenças (Pais & Menezes, 2010). Assim, uma doença crónica, segundo Vieira e Lima (2002), é uma condição que tem a duração de mais de três meses no período de um ano ou que leva à hospitalização contínua durante mais de um mês. Segundo Coletto e Câmara (2009), as doenças crónicas caracterizam-se essencialmente pela sua longa duração e conseqüentemente prolongados tratamentos, e sobretudo, pela sua impossibilidade de cura. Ademais, estas possuem três principais fases: a fase de crise, a fase crónica e a fase terminal. A fase de crise, caracteriza-se essencialmente pelo período sintomático, ou seja, o período com sintomas que perdura até o individuo iniciar os tratamentos; esta fase também tem como uma das suas principais características a desestruturação da vida e rotinas da criança/adolescente e da vida e rotinas da família que o acompanha. A fase crónica, caracteriza-se pela continuidade, desenvolvimento e remissão dos sinais e sintomas da

doença, e também pela procura de autonomia por parte da criança/adolescente portador, e por parte da sua família, levando a uma reestruturação das rotinas e vidas, uma vez que a doença deixa de ter o impacto inicial que teve na fase crónica, e os indivíduos aprendem a viver com ela. A fase terminal, é, tal como o nome indica, a fase do final de vida do indivíduo (Rolland, 1995, citado por Vieira & Lima, 2002).

As doenças crónicas podem ser divididas entre doenças crónicas orgânicas (p. ex. fibrose cística, diabetes, doenças cardiovasculares), deficiências físicas (p. ex. deformações, deficiência visual e/ou auditiva), dificuldades de aprendizagem e perturbações neurológicas (p. ex. epilepsia, défice de atenção), perturbações de desenvolvimento neurológico (p. ex. autismo) e doenças psicossomáticas (p. ex. asma, obesidade), sendo as mais recorrentes em crianças, as doenças crónicas orgânicas e as doenças psicossomáticas (Castro & Piccinini, 2002; *Nacional Center for Disease Prevention and Health Promotion*, 2019).

Atualmente, e ao nível mundial, as doenças crónicas, das inúmeras doenças conhecidas, são as que causam mais mortes, tendo vindo a sofrer um aumento significativo ao longo dos anos: em 1990 morreram, mundialmente, mais de 28 milhões de indivíduos com causa nas doenças crónicas, em 2008 cerca de 36 milhões e cerca de 39 milhões em 2016 (Anderson & Durstine, 2019). Para além do aumento da taxa de mortalidade, a taxa de diagnóstico das doenças crónicas também tem vindo a aumentar, destacando-se, o aparecimento das doenças cardíacas, oncológicas e dos diabetes em qualquer idade (*Nacional Center for Disease Prevention and Health Promotion*, 2019). Contudo, diversos autores demonstraram não ser consensual as doenças oncológicas serem consideradas uma doença crónica, uma vez que, um doente oncológico, tem alta médica e considera-se curado, após 5 anos sem recidivas, e um doente crónico, não pode ser curado, visto que as doenças crónicas não possuem cura, mas apenas tratamentos contínuos no tempo (Castellano-Tejedor, Blasco-Blasco, Pérez-Campdepadrós, & Capdevila, 2014).

As doenças crónicas pediátricas

É esperado que, a infância, seja vivenciada, pela maioria dos indivíduos, com saúde visando um desenvolvimento, crescimento e florescimento, dentro dos padrões considerados normais, contudo, com o aparecimento de uma doença crónica, o desenvolvimento e o crescimento podem vir a ser perturbados no sentido em que os

comportamentos e rotinas expectáveis para essa faixa etária, sofrem inúmeras alterações (Vieira & Lima, 2002).

As doenças crônicas infantis apresentam uma prevalência elevada, que tem vindo a aumentar ao longo do tempo. Mundialmente, em 1960, 1.8% das crianças nascidas tinham uma condição de saúde grave o suficiente para interferir no seu dia a dia e rotinas, em 2010, a percentagem de crianças era de mais de 8%, demonstrando um aumento muito significativo (400%). Este aumento foi particularmente notório em doenças como a asma, a obesidade, os diabetes, as condições de saúde mental e as perturbações de desenvolvimento neurológico, a fibrose cística e ainda o cancro infantil, mantendo-se, até aos dias de hoje, como as doenças crônicas infantis mais comuns (Perrin, Anderson, & Van Cleave, 2014; Torpy, Campbell, & Glass, 2010). É ainda de destacar que mais de 7% das crianças, a nível mundial, necessita de cuidados específicos uma vez que apresentam algum tipo de doença crónica, e apesar da taxa de mortalidade em idade adulta, de portadores de doenças crónicas ter vindo a aumentar substancialmente, o mesmo não acontece na idade pediátrica, uma vez que os avanços alcançados pela ciência, ao longo do tempo, têm fornecido tratamentos cada vez mais inovadores e diagnósticos mais precoces e eficientes (Piran, Khademi, Tayari, & Mansouri, 2017).

Apesar desse avanço, as doenças crônicas são permanentes no tempo, e podem trazer implicações para o desenvolvimento das crianças uma vez que impõem limitações físicas e sociais, não lhes permitindo, frequentemente, a vivência de uma infância dita normal, sujeitando-as a procedimentos invasivos e a longos períodos de hospitalização e de tratamentos (Hilkner, Medeiros, Beck, Tanaka, & Dini, 2019).

Assim, segundo Almeida e colaboradores (2006), com o estabelecimento de um diagnóstico de doença crónica surge, na maioria das vezes, um estado de sofrimento e incerteza que transforma a vida dos indivíduos portadores e da sua família, devido às repercussões sociais, afetivas, culturais e espirituais inerentes a este tipo de doenças. Este estado é algo que normalmente é persistente ao longo do tempo e de todas as fases da doença, uma vez, que o processo de doença não é linear, assim como o seu tratamento e cuidados que podem ser complexos. A complexidade dos tratamentos e da própria doença, influenciam diretamente o percurso da mesma, e como consequência disso, algumas fases da doença podem ser imprevisíveis ou não ter a durabilidade expectável, e face a isso, ter diferentes impactos na criança portadora da doença.

Salienta-se assim que esse impacto na vida da criança e na rotina da mesma, varia de intensidade devido às especificidades e severidade da doença, à fase da doença, à intensidade dos sintomas, e às estratégias adotadas para combater ou se adaptar à doença, contudo, é importante ainda destacar que este impacto é também visível nos cuidadores familiares da mesma (Vieira & Lima, 2002).

O impacto das doenças crônicas pediátricas na família

O tratamento das doenças crônicas é, na maior parte das vezes, demorado e difícil exigindo cuidados contínuos no que concerne aos tratamentos e terapêuticas a realizar, visando o não agravamento do estado de saúde do doente. No caso das crianças, uma vez que as mesmas não são totalmente autónomas, cabe à família auxiliá-las no processo de doença, a maioria das vezes, aos pais das crianças, por serem os indivíduos mais presentes na vida da criança (Araújo et al., 2009).

Apesar de cuidar das crianças ser considerado, pelos cuidadores familiares, como algo normal nas rotinas familiares, quando a criança possui uma doença crônica, muitas vezes com limitações funcionais e dependência dos pais durante muito tempo, o papel de cuidador, torna-se mais importante e cada vez mais imprescindível, e, em alguns casos, esse papel pode acarretar problemas de saúde física e psicológica nos pais, afetando, muitas vezes, a função e as rotinas de toda a família (Piran et al., 2017).

Assim, a família é, normalmente, o principal suporte da criança, durante as diversas etapas da doença e, enfrenta, tal e qual como o portador da doença, uma situação desconhecida e de incerteza, com a sensação de perdas iminentes (Hilkner et al., 2019). A doença, é então, considerada um fator de *stress* familiar, uma vez que é um acontecimento nitidamente marcante, que influencia e interfere diretamente no sistema familiar, implicando, em larga escala, aspetos emocionais, encargos financeiros, crises, dúvidas e conflitos. Assim, após um diagnóstico de doença crônica, a família, tende, inicialmente, a desorganizar-se, uma vez que altera a sua rotina e a dinâmica familiar (Almeida et al., 2006). Os pais, nesta fase, experienciam maioritariamente reações negativas como o choque, revolta, tristeza e incerteza quanto ao futuro, e juntamente com estas, surge a necessidade de adaptação a uma nova fase, e o aumento de exigências no papel de pais e daí adiante, de cuidadores, sendo necessário uma reorganização das vidas dos indivíduos e das rotinas (Caçador, 2018; Santos, 2012). Em seguida torna-se necessário encontrar estratégias e estruturas mentais para a existência

de uma reorganização readquirindo o equilíbrio (Almeida et al., 2006). Posto isto, as condições crónicas na infância alteram o quotidiano da criança e da sua família, devido às limitações impostas, principalmente físicas, da presença de sintomas severos e prolongados no tempo, conduzindo, na maior parte das vezes à hospitalização para tratamento, e conseqüentemente ao afastamento da criança da sua família, trazendo inúmeras repercussões ao nível psicológico para ambos (Araújo et al., 2009).

De acordo com Carter e Goldrick (2001), citados por Gonçalves, Ferreira, Zanini, Vasconcelos, e Gonçalves (2015), as doenças crónicas são muito específicas, ou seja, cada doença crónica tem traços muito peculiares, particulares e únicos que requerem, por parte do doente e dos seus familiares, adaptações igualmente únicas e específicas. Assim, torna-se importante que, cada indivíduo, à sua maneira e respeitando a sua singularidade, faça as modificações necessárias na sua vida, reorganizando-a, para que a sua adaptação à doença e às rotinas que a mesma demanda, seja o mais facilitada possível.

Assim, a necessidade de reorganização impacta todo o sistema familiar, afetando todos os seus membros e todas as relações familiares existentes, podendo, a doença crónica da qual a criança é portadora, tornar-se o centro da vida da família, fazendo com que todos os membros se reajam pelas rotinas, regras e alterações impostas pela doença, e conseqüentemente, impossibilitando um desenvolvimento normal da família e dos seus ciclos. Essa impossibilidade alia-se ao facto de inúmeras vezes, o curso das doenças crónicas ser imprevisível, levando a um aumento dos níveis de ansiedade, *stress* e depressão (Bolaséll, Silva, & Wendling, 2019).

Outro impacto, para além do impacto atrás referido da reestruturação urgente e necessária das rotinas e tarefas familiares, é o luto não reconhecido. O luto não reconhecido acontece quando existe uma perda, que pode ser não ser expressa pelos indivíduos que a tiveram, isto porque, a família de um doente crónico, entra no processo de luto pela perda do filho ideal e o ganho do filho real, ou seja, a perda do filho sem doença crónica e sem necessidade de cuidados especiais (Bolaséll et al., 2019).

A maioria das famílias são afetadas negativamente com o diagnóstico de uma doença crónica na criança/adolescente, porém, também existe uma minoria de famílias que relata que a doença teve uma influência positiva na sua vida, com reações também positivas associadas ao alívio da receção do diagnóstico de doença, após uma fase de grande incerteza, que pode durar anos. Este tipo de doenças, que não possuem uma cura

definitiva e que muitas vezes são demoradas no seu diagnóstico, trazem consigo o fator surpresa, o que não permite aos familiares e pessoas que acompanham de perto o doente, uma preparação para o diagnóstico e para todas as alterações no cotidiano que o mesmo pode acarretar (Araújo et al., 2009). Estas famílias relatam ainda que as alterações drásticas após o diagnóstico, podem ser percebidas positivamente, no sentido em que conduzem a um repensar de atitudes, regras, comportamentos e disciplina levando à abertura de um espaço onde as potencialidades dos sujeitos se despertam e se desenvolvem (Bolaséll et al., 2019; Caçador, 2018).

De acordo com Albuquerque e colaboradores (2009), normalmente, os pais, que são os familiares mais próximos da criança, sentem a doença do/a filho/a como se de uma doença sua se tratasse, comprometendo por isso diversos setores da sua vida, nomeadamente a qualidade de vida e o prazer inerente ao aproveitamento da vida, ao “estar vivo”. A família é, então, o principal apoio dos doentes crónicos, e acaba por se tornar um grande fator de proteção, independentemente da idade do doente, assim no que concerne às crianças, a família mais chegada, funciona como um apoio e motivação para as mesmas, sendo essencial e imprescindível em todo o processo exaustivo da doença (Caçador, 2018; Silva, Andrade, Barbosa, Hoffmann, & Macedo, 2009).

Vivência dos Cuidadores Familiares no Processo da Doença Oncológica

A resiliência

O termo resiliência, originalmente, era entendido como a capacidade que uma substância ou um objeto tem de resistir a um golpe, e após o mesmo, retornar à sua forma original. Atualmente, a resiliência é definida como um processo de profunda adaptação a diversos contextos, normalmente adversos, que apresentam diversas ameaças, por vezes intensas e que podem ter como consequência direta perturbações psicológicas. Assim, este termo pode ainda ser compreendido como a capacidade, por parte do indivíduo, de adaptação positiva às adversidades e consequentemente recuperação do trauma através do desenvolvimento de capacidades e técnicas de confrontação (Albuquerque et al., 2009; Castellano-Tejedor et al., 2014). Esta, é conseguida e aprimorada ao longo da vida dos indivíduos, no sentido, em que os mesmos, vão adquirindo a capacidade de atenuar os efeitos negativos de diversas situações de risco, gerindo e ultrapassando, as adversidades da vida (Santos, 2012).

No que concerne às ciências sociais e humanas, a resiliência é descrita como um construto multidimensional que é constituído por pensamentos, ações e comportamentos que ocorrem ao longo do desenvolvimento de um determinado indivíduo. Assim, indivíduos com elevados níveis de resiliência, reconhecem, que é através da superação das suas dificuldades e dos seus limites que se dá o desenvolvimento pessoal. Contudo, é de salientar, que diversos autores defendem que um indivíduo que detém muitas experiências negativas, não é mais resistente às mesmas no futuro, do que um indivíduo que não as detém (Lima & Araújo, 2012).

Quando um indivíduo se apresenta resiliente face a uma situação, está a passar por um *continuum* de processos psicológicos, que ocorrem ao longo do tempo, e que com os mesmos, o indivíduo vai-se adaptando às situações e aprendendo com elas. Assim, não quer dizer que o indivíduo, ao perceber resiliência, já se encontre no final do processo de *coping* com a situação *stressante*, podendo a resiliência desenvolver-se logo a seguir ao acontecimento compreendido como traumático e não apenas no fim do processo (Wechsler, Sartorelli, Pereira, & Paro, 2017).

No caso das doenças crónicas em crianças, inúmeros autores destacam o termo “família resiliente” ou “resiliência familiar”, o que, de acordo com Bolaséll e colaboradores (2019), é uma família que consegue reestabelecer o equilíbrio familiar, após uma situação de crise (in)esperada, lidando prontamente com as dificuldades que podem advir, futuramente, dessa situação de crise. Este processo de resiliência familiar, passa essencialmente por três domínios, que se interligam: o sistema de crenças presente na família como um todo, a forma como a mesma se organiza e comunica, e a resolução dos problemas. Ou seja, a família, percebe o novo desafio como algo que causa impacto em todos os membros da mesma, e desenvolve processos familiares que auxiliem a adaptação e o enfrentamento da situação, da forma que para eles, é vista como a mais correta, gerando um crescimento e desenvolvimento mútuo e individual nos seus membros, e no indivíduo portador da doença.

Assim, a vivência de um familiar próximo ou cuidador de uma criança/adolescente portador(a) de doença crónica, faz com que o mesmo tenha necessidade de tomar algumas decisões com o objetivo de enfrentar uma situação aversiva, que traz desequilíbrio aos papéis outrora conhecidos na dinâmica e estrutura familiar e, conseqüentemente, conduz a um desenvolvimento pessoal e à formação de vínculos fortes entre os membros dessa família, impactando diretamente e

positivamente no tratamento e cuidado da criança/adolescente com doença crónica (Rolland & Walsh, 2006).

Um estudo desenvolvido por Vasconcelos, Batista, Back, Miguel, Marquete, e Marcon, (2019) teve como principal objetivo avaliar a resiliência de indivíduos com doenças crónicas e dos seus cuidadores (26,53% cuidadores e 73,7% doentes crónicos), com idades compreendidas entre os 22 anos e os 86 anos. O estudo verificou que o género feminino é o género que exerce maioritariamente o papel de cuidador, contando com 88,5% de mulheres, e, encontrou diferenças estatisticamente significativas nos níveis de resiliência entre as duas amostras em estudo: os portadores da doença crónica revelaram-se mais resilientes do que os seus cuidadores. Outro estudo desenvolvido por Lin, Rong, e Lee (2013) procurou estudar quais os constituintes envolvidos na resiliência dos cuidadores de crianças com doenças crónicas através de uma revisão de literatura. A partir deste estudo foi possível concluir, que os cuidadores de crianças com doenças crónicas procuram concentrar-se no positivo, sendo proativos na procura de informação acerca da doença e na cooperação com os diversos profissionais de saúde. Ainda foi possível verificar que a resiliência dos cuidadores de crianças com doenças crónicas depende essencialmente de 4 dimensões a) disposição, b) situacionais, c) relacionais e d) culturais e consequentemente de 4 aspetos, a) físicos, b) psicológicos, c) sociais e d) espirituais, não sendo um termo com uma definição estática uma vez que varia de indivíduo para indivíduo. Posto isto, constata-se que a resiliência é um processo individual que explica a superação de momentos adversos (Lima & Araújo, 2012), sendo isto também verificável no estudo de Albuquerque e colaboradores (2009), que procurou avaliar o nível de resiliência de mães, principais cuidadoras, de crianças com doenças oncológicas, tendo-se apurado um bom índice de resiliência após a passagem por diversas situações adversas (p. ex.: após o diagnóstico da doença oncológica do filho). Acrescenta-se ainda que a maioria das participantes relataram que se sentem capazes de lidar com diversos tipos de problemas que possam surgir, levando os autores a concluir que, o diagnóstico da doença oncológica dos filhos, fez com que as participantes, desenvolvessem capacidades para lidar com diversas situações adversas. Neste estudo, foi ainda encontrada uma associação significativa entre a resiliência e espiritualidade, no sentido em que na maioria, as mães que apresentaram elevados níveis de resiliência, também demonstraram altos níveis de espiritualidade (Albuquerque et al., 2009).

O bem-estar espiritual

Tendo em conta a importância da espiritualidade para a vivência das doenças crônicas, surgiu a necessidade, por parte de diversos investigadores, de estudar a sua associação com a espiritualidade nestas populações em específico. Estudos sobre a espiritualidade identificaram-na como um fator preditor de resiliência, e demonstraram ainda que o aumento da espiritualidade é uma estratégia de *coping*, no que toca a lidar com eventos de vida adversos, promovendo, por sua vez, a resiliência (Vahia et al., 2011 citado por Lopes, 2014).

A espiritualidade, é então compreendida como uma dimensão presente no ser humano, que leva o indivíduo a atribuir diversos significados às experiências humanas, englobando inúmeras relações entre as variáveis “bio”, “psico” e “socioespirituais”. A espiritualidade tem ainda sido associada ao contexto da saúde, tendo em conta que pode, muitas vezes, ter um grande impacto no mesmo, isto porque quando os indivíduos estão a passar por um evento adverso (p. ex. diagnóstico de uma doença crónica ou de uma doença oncológica), tendem a avaliar as ameaças recorrentes do mesmo, e caso este seja percebido como ameaçador, há uma procura constante de ferramentas para lidar com o mesmo; sendo por isso, a espiritualidade, vista como um meio para lidar com diversos momentos hostis (Lopes, 2014). Neste sentido, torna-se necessário clarificar a importância da espiritualidade no contexto da saúde e no contexto das doenças supracitadas, como um meio de superar as dificuldades vividas no processo de doença, tendo surgido a necessidade da criação do conceito de bem-estar espiritual (Santos, 2014).

O bem-estar espiritual é o termo defendido no modelo conceptual de Fisher como a espiritualidade na área da saúde, e face a isso, foi o termo escolhido para ser utilizado ao longo deste estudo, demonstrando a importância conferida à dimensão espiritual para o bem-estar geral dos indivíduos (Gouveia, Marques, & Ribeiro, 2009). Segundo Marques (2003), o bem-estar espiritual é a medida em que o indivíduo apresenta uma abertura para a dimensão espiritual, permitindo a integração da espiritualidade com outras dimensões da vida, levando conseqüentemente ao seu crescimento pessoal. A dimensão espiritual, segundo surge na família da criança portadora da doença como um desejo de melhorias significativas no estado de saúde da mesma, de esperança na sua recuperação (Caçador, 2018). De acordo com Santos

(2014), o bem-estar espiritual, está ligado a um grande nível de esperança e fé, num conjunto de crenças bem definidas, que vão proporcionar ao indivíduo um sentido e um propósito para a sua existência.

O bem-estar espiritual está diretamente relacionado com a qualidade das relações que o indivíduo estabelece em diversos domínios: consigo, com os outros que o rodeiam, com o ambiente e ainda com algo ou alguém que o transcende. A interação destes domínios, uns com os outros, gera crescimento mútuo. Assim, e de acordo com o modelo conceptual de Fisher, destacam-se os domínios: a) pessoal - o domínio que o indivíduo estabelece consigo, sendo este a forma como a pessoa se relaciona consigo mesma, pressupondo consciência sobre si e autoconhecimento; b) comunitário - o domínio que o indivíduo estabelece com os outros que o rodeiam e que tem por base as relações que o indivíduo estabelece tendo em conta os valores morais, cultura e região; c) ambiental - que engloba as relações estabelecidas com o ambiente, com o “mundo físico e biológico”; d) transcendental – representa as relações do indivíduo com algo ou alguém que o transcende, e que se expressam através da adoração e do culto (Gouveia et al., 2009).

A espiritualidade e a religião são, muitas vezes, utilizadas como recursos para atribuir sentido ao acontecimento potencialmente traumático, o que, por sua vez, se relaciona com maiores níveis de resiliência e consecutivamente, menores níveis de *stress*, contudo, é importante salientar que o acontecimento traumático nem sempre fomenta maiores níveis de espiritualidade, uma vez que faz com que o sujeito repense e reveja as suas crenças religiosas e espirituais, e este processo, pode gerar um aumento ou uma diminuição das crenças (Lopes, 2014).

Contudo, diversos estudos demonstram elevados níveis de espiritualidade após um momento aversivo, como o estudo de Paula, Nascimento, e Rocha (2009), o qual teve como principal objetivo avaliar a religiosidade e espiritualidade de famílias de crianças com insuficiência renal crónica em diálise peritoneal, tendo sido verificado que os comportamentos dos membros da família são diretamente influenciados pela sua espiritualidade uma vez que a crença em forças espirituais lhes causava sentimentos de conforto e de esperança. Ainda neste estudo, as famílias relataram, que após o diagnóstico e o início do tratamento da doença crónica das crianças, começou a existir uma mudança de pensamento e um sentimento de valorização da vida e dos momentos agradáveis que a mesma oferece, principalmente no que concerne à convivência com a

criança. Ademais, o estudo conseguiu ainda concluir que a espiritualidade e a religião tiveram uma influência positiva no comportamento. O estudo de Leite e colaboradores (2015) que detêm carácter qualitativo, e procurou compreender o impacto da doença crónica de um filho na vida da mãe cuidadora, nomeadamente no que concerne à espiritualidade, através de entrevistas feitas a 5 mães com os filhos hospitalizados com doenças crónicas, demonstrando que a espiritualidade é uma das estratégias mais usadas para restabelecer o equilíbrio interior após um diagnóstico de doença crónica e para ser possível uma adaptação às situações adversas ligadas à doença, e ainda que aquando aceitação da doença, as mães, ligam-se muito à espiritualidade visando a procura de forças e sentimentos de esperança para uma melhor superação de todas as fases da doença. Posto isto, assume-se uma importância da variável espiritualidade ser considerada como uma estratégia de *coping* para a gestão de doenças crónicas, tendo sido esta questão, abordada num estudo desenvolvido por Vitorino e colaboradores (2018) que teve como principal objetivo avaliar a relação entre a espiritualidade/religiosidade e os sintomas depressivos em cuidadores familiares de crianças com doenças oncológicas. Este, contou com a participação de 77 familiares de crianças internadas no Instituto de Oncologia Pediátrica do Brasil, e os seus resultados demonstraram que a maioria dos familiares que participaram no estudo (75%) não apresentavam sintomas depressivos, e correlacionado a esse facto, também a maioria usava estratégias de espiritualidade e religiosidade, para enfrentar a situação da doença oncológica dos filhos. Os autores concluíram ainda que os indivíduos que apresentam valores de espiritualidade negativos (ou seja, baixos valores de crenças espirituais), estão mais propensos a sintomas de depressão. Ademais, existem indícios de que indivíduos cuidadores com elevados níveis de bem-estar espiritual estão menos propensos a desenvolver sintomatologias depressivas, e de que há uma associação positiva entre o bem-estar espiritual e variáveis como a felicidade, qualidade de vida e bem-estar subjetivo (Roldão, 2015). Posto isto, salienta-se a importância do estudo de Roldão (2015), que teve como principal objetivo verificar a relação entre a espiritualidade e o bem-estar subjetivo, em familiares cuidadores de idosos. Neste mesmo estudo, é verificada uma associação positiva entre a qualidade de vida, a felicidade, o bem-estar subjetivo e o bem-estar espiritual; ainda é referido que a religião é um dos principais fatores para a existência de altos níveis de felicidade e consequentemente de altos níveis de afeto positivo e satisfação com a vida – bem-estar subjetivo.

O bem-estar subjetivo

No momento do diagnóstico e ao longo do tratamento, existem inúmeras emoções negativas, que se tornam prevalentes face às positivas, sendo por isso, muitas vezes, necessário os indivíduos agarrarem-se à fé e à espiritualidade, como forma de manter o seu bem-estar subjetivo (BES). O bem-estar subjetivo tem em conta os afetos negativos (p. ex. tristeza), os afetos positivos (p. ex. alegria) e a satisfação com a vida (sendo esta, a componente cognitiva deste termo) (Lourenção, Andreoli, Mariano, Bataiola, & Bonifacio, 2015). Este varia de pessoa para pessoa, visto que o mesmo é definido de acordo com os valores, expectativas e experiências passadas de cada indivíduo (Figueiras et al., 2010).

O bem-estar subjetivo dos indivíduos com doenças crónicas e o dos seus familiares (principalmente os que possuem um contato direto com a doença), acaba por ficar comprometido; isto porque quando o indivíduo ou a família passam por situações adversas e *stressantes* podem-se focar em diversos aspetos (positivos e negativos) (Lourenção et al., 2015).

É ainda importante salientar que o bem-estar subjetivo se representa por três dimensões distintas: a subjetividade (a sensação de bem-estar estar presente na experiência individual do indivíduo), o reconhecimento de que a definição de “bem-estar” não é apenas a ausência de aspetos negativos, mas igualmente a presença de aspetos positivos, e ainda a ideia de que o bem-estar é uma medida global, e não apenas de um aspeto da vida do indivíduo. Bem-estar subjetivo é ainda definido como o julgamento e parecer que os indivíduos fazem das suas próprias vidas, a nível afetivo e cognitivo, sendo muitas vezes comparado com termos como “felicidade” e “satisfação”. Assim, o bem-estar subjetivo é sentido, quando estão presentes inúmeras emoções prazerosas, e poucas emoções não-prazerosas, na vida do indivíduo (Diener, 1984, citado por Lourenção et al., 2015).

Lourenção e colaboradores (2015) defendem que é expectável que um indivíduo com elevados níveis de bem-estar subjetivo apresente uma elevada satisfação cognitiva com a sua vida, a presença de afeto positivo e consequentemente uma presença quase nula de afeto negativo (Lourenção et al., 2015). Contudo, e de acordo com Roldão (2015) ambas as emoções, positivas e negativas, podem ser adaptativas e funcionais para o indivíduo, resultando numa adaptação do mesmo a diversas situações da sua

vida. Assim, apesar da existência de bem-estar subjetivo estar interligada à existência de poucas emoções não prazerosas, ou seja, afetos negativos, é importante salientar que estes são também importantes em inúmeras situações (p. ex. o medo, para evitar situações de perigo), e que por isso, não é expectável que os indivíduos apresentem níveis nulos de afeto negativo para a existência de bem-estar subjetivo.

No âmbito da vivência das doenças crónicas, é expectável que os níveis de bem-estar subjetivo sejam baixos, uma vez que, lidar com estas doenças, e ajustar-se a elas, pode afetar diversas áreas e aspetos da vida do individuo portador, assim como da sua família. Contudo, estes níveis, vão sempre variar de acordo com a gravidade da doença em questão, com a experiência individual de cada pessoa e essencialmente, com as suas representações da doença (Figueiras et al., 2010; Vilhena et al., 2014).

Um estudo de Vilhena e colaboradores (2014), teve como principal objetivo identificar diversos fatores psicossociais (p. ex. otimismo, suporte social, espiritualidade) preditivos de qualidade de vida e de bem-estar subjetivo em pessoas com doenças crónicas. Os resultados demonstraram que, doentes mais ativos, com mais afeto positivo e com maior e melhor adesão ao tratamento, tinham níveis mais altos de BES. Um estudo de Toffalini, Veltri, e Cornoldi, (2015) teve como principal objetivo avaliar o BES em pais de crianças com doenças oncológicas e estudar como é que os aspetos metacognitivos influenciam o bem-estar subjetivo. O mesmo contou com a participação de 126 pais de crianças (66 de crianças hospitalizadas no departamento de pediatria, sem apresentarem risco de vida, 30 de crianças saudáveis e 30 de crianças com doenças oncológicas). Os resultados, demonstraram que, pais de crianças hospitalizadas, mas fora de perigo e de crianças com doenças oncológicas, têm valores de bem-estar subjetivo mais baixos, em comparação com os pais de crianças saudáveis; contudo, o grupo dos pais de crianças hospitalizadas fora de perigo e de crianças com doenças oncológicas não obtiveram valores significativamente diferentes (Toffalini et al., 2015).

Um outro estudo conduzido por Booker e Sacker (2011) teve como principal objetivo avaliar a associação entre a doença crónica limitante de um individuo e o bem-estar subjetivo dos familiares desse individuo, tendo sido avaliadas crianças, quando os pais eram portadores de doença, os pais, quando os portadores da doença eram os filhos e os parceiros, e para esse fim, este estudo longitudinal contou com cerca de 10.000 famílias e teve a duração de 2 anos. Os resultados deste estudo demonstraram

associações significativas entre a doença do parceiro e a presença de bem-estar subjetivo no outro indivíduo, assim como associações significativas entre a doença de um filho (com idade pediátrica) e a presença de bem-estar subjetivo nos pais, contudo, não se observou nenhuma relação entre a doença dos pais e o bem-estar subjetivo dos filhos quando adultos e vice-versa. Os autores deste estudo sugerem ainda que as associações do bem-estar subjetivo de um indivíduo com a doença crónica limitante de outro indivíduo podem depender diretamente da relação familiar existente e da idade dos membros da família avaliados. Face a isto, tornou-se importante a procura de outro estudo que estudasse o bem-estar subjetivo em cuidadores familiares, assim, destaca-se também o estudo de Silva (2014) que procurou analisar e avaliar as diferenças no que respeita ao bem-estar subjetivo) entre pacientes oncológicos, cuidadores familiares de pacientes oncológicos e a população normativa, tendo sido estudadas também as variáveis do otimismo, pessimismo e autoestima. Os resultados deste estudo demonstraram que os familiares cuidadores de doentes oncológicos e os doentes retiraram aprendizagens positivas de uma experiência adversa, a doença oncológica, promovendo o seu bem-estar subjetivo, levando a uma melhoria na qualidade e satisfação com a vida e conseqüentemente, a um crescimento positivo, o crescimento pós-traumático (Silva, 2014).

O crescimento pós-traumático

Os eventos percebidos como traumáticos pelos indivíduos, podem conduzir a diversas conseqüências negativas ao nível físico e psicológico, contudo, cada vez mais se considera a possibilidade da existência de conseqüências positivas concomitantes (p. ex. mudança positiva na percepção do eu e crescimento emocional) (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Assim, quando ocorre um acontecimento percebido como traumático pelo indivíduo, este confronta-se com o mesmo fazendo uma gestão cognitiva e emocional do que aconteceu. Este evento pode conduzir à percepção de mudanças positivas por parte do indivíduo, e conseqüentemente pode levar ao crescimento pós-traumático (CPT). O crescimento pós-traumático, acontece então, após momentos aversivos, quando o indivíduo passa por um acontecimento traumático e o reconhece como uma ameaça ao seu bem-estar físico e psicológico, e à sua própria vida (Tedeschi & Calhoun, 1996). De acordo com Tedeschi e Calhoun (2004), o crescimento pós-traumático pode

exigir uma ameaça significativa aos esquemas já pré-existentes do indivíduo e muitas vezes, coexistir com o sofrimento residual do trauma, o sofrimento psicológico significativo. Assim, este construto, é um construto mais aplicável a adolescentes e adultos, no sentido em que implica um conjunto de esquemas, já pré-definidos e a sua alteração na sequência do dito trauma.

O crescimento pós-traumático é ainda visto como um conceito multidimensional que surge como uma força pessoal que traz novas possibilidades, mudanças positivas e valorização da vida. Este conceito, pode muitas vezes ser confundido com outros conceitos como é o caso do conceito já supramencionado: a resiliência. Porém, vale salvaguardar que a resiliência conjectura um funcionamento normal, ou seja, o evento pelo qual o indivíduo passa não interfere na vida do mesmo e consequentemente, não abala o seu equilíbrio. No crescimento pós-traumático, não existe uma manutenção do funcionamento normal do indivíduo, mas sim uma mudança, isto é, o indivíduo passa a ter um melhor funcionamento, do que aquele que tinha antes do acontecimento percebido como traumático (Fonseca, 2011).

Assim, salienta-se que as respostas pós-trauma, nem sempre são negativas, podendo vir a potenciar mudanças positivas e novas aprendizagens que se vão refletir no desenvolvimento e crescimento pessoal do indivíduo e nas pessoas envolvidas em todo o processo, nomeadamente os pais (Boaventura & Araújo, 2012). O crescimento pós-traumático pode ocorrer após inúmeras situações, desde que as mesmas estejam associadas a eventos traumáticos, contudo, o crescimento pós-traumático não tem sido muito estudado nos pais de crianças com doenças crónicas (Hungerbuehler, Vollrath, & Landolt, 2011).

Um estudo, conduzido por Behzadi e colaboradores (2018), procurou determinar o nível de crescimento pós-traumático nas mães de crianças com cancro, por se tratar normalmente da pessoa mais presente no processo de doença. No que concerne aos resultados, não foram observadas relações significativas entre o *score* de crescimento pós-traumático e as diversas características demográficas estudadas (p. ex. idade, estado civil, idade da criança, duração da doença, entre outras), contudo, os mesmos também demonstraram que o diagnóstico de uma doença oncológica na idade pediátrica, é visto como um evento traumático, e que, na sua maioria, leva ao crescimento pós-traumático das mães (Behzadi et al., 2018).

Hungerbuehler e colaboradores (2011), procuraram estudar o crescimento pós-traumático em pais de crianças com diabetes tipo 1, e em pais de crianças com doença oncológica, contando com a participação, no total de 126 pais (67 do género feminino [mãe] e 59 do género masculino [pai]) de 67 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 15 anos, 3 anos após o diagnóstico. O género feminino, no geral, demonstrou níveis mais elevados de crescimento pós-traumático, contudo, ambos os pais inquiridos, relataram pelo menos um grau moderado de crescimento pós-traumático (62,7%). Destaca-se ainda que os pais de crianças com doenças oncológicas apresentaram maiores níveis de crescimento pós-traumático comparativamente aos pais de crianças com diabetes tipo 1.

Salienta-se então que o crescimento pós-traumático se verifica nos pais de crianças com doenças crónicas, apontando estes, diversas mudanças positivas na sua vida, após a doença do filho, a qual é compreendida como um acontecimento traumático. De entre as mudanças positivas percebidas, destacam-se a melhoria na forma como percecionam e pensam sobre a sua vida, e a perceção de crescimento pessoal (Hungerbuehler et al., 2011).

Relevância do Estudo

Em seguimento da revisão de literatura, é importante destacar que o presente estudo tem uma enorme relevância na área das doenças crónicas pediátricas, principalmente por não existirem estudos em que as variáveis descritas tenham sido estudadas em conjunto. As variáveis resiliência e bem-estar espiritual, são variáveis, que segundo a literatura já existente, auxiliam, tanto o individuo como os seus familiares, confronto, adaptação e superação das doenças consideradas graves e impactantes, sendo compreendidas como estratégias adaptativas e como fatores de proteção (Wechsler et al., 2017).

Ainda se acrescenta a esta relevância, o facto de não existir muita literatura acerca do bem-estar subjetivo dos cuidadores familiares de crianças com doenças crónicas, sendo que a maioria dos estudos, com esta variável, se centra na avaliação do bem-estar subjetivo dos próprios portadores da doença, dos cuidadores informais de adultos e dos cuidados continuados e paliativos de doentes, assim como dos idosos (Guimarães & Lipp, 2011; Silva, 2014). Salienta-se ainda que também existe inúmera informação sobre as restantes variáveis e os temas supracitados, contudo, no que

concerne ao bem-estar subjetivo, a maioria dos estudos, são focados nas populações acima descritas.

No que concerne ao crescimento pós-traumático, este conceito tem sido subestimado e pouco estudado em cuidadores familiares de crianças com doenças crônicas, focando-se maioritariamente no indivíduo doente e desvalorizando o indivíduo que cuida (Fonseca, 2011; Hungerbuehler et al., 2011). Torna-se por isso extremamente importante o seu estudo e aprofundamento, para conseguir perceber como é que se desenvolve o crescimento pós-traumático nesta população em particular e qual a associação deste constructo com as variáveis acima descritas.

Denota-se ainda que, a maioria das crianças, quando mais velhas, conseguem compreender aspetos positivos recorrentes da experiência da doença crónica, potenciando o seu desenvolvimento pessoal. Porém, com os cuidadores familiares, nomeadamente os pais, o mesmo não acontece, uma vez que estes podem revelar diversas preocupações com o estado de saúde dos filhos, ao longo dos anos, sendo por isso de extrema importância, estudar o impacto psicológico que a doença dos filhos causou em diversas áreas das vidas dos pais (Silva, 2009).

Objetivos do Estudo

Em seguimento, o principal objetivo deste estudo é compreender a adaptação dos cuidadores familiares à doença crónica da criança, ou seja, avaliar a manifestação de cada uma das variáveis psicossociais (resiliência, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo e crescimento pós-traumático) nos cuidadores familiares de crianças com doenças crônicas, e perceber, quais as variáveis demográficas, clínicas e psicossociais que influenciam a manifestação de cada uma delas.

Em particular, os objetivos específicos, deste estudo são:

- a) avaliar a associação entre as quatro variáveis psicossociais (bem-estar espiritual e resiliência, entre as variáveis resiliência e crescimento pós-traumático e entre e as variáveis bem-estar subjetivo e crescimento pós-traumático);
- b) avaliar a associação entre as quatro variáveis psicossociais e as sociodemográficas e clínicas do cuidador e do portador (situação profissional do cuidador, estado civil do cuidador, apoio psicológico do cuidador, apoio

psicológico do portador, ser o primeiro diagnóstico de doença crónica, situação atual do portador e internamentos);

- c) avaliar as variáveis preditoras (p. ex. idade do cuidador, estado civil do cuidador, escolaridade completa do cuidador, entre outros) de cada uma variável psicossocial (resiliência, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo e crescimento pós-traumático);
- d) avaliar as diferenças entre os grupos de doenças crónicas (p. ex. doenças oncológicas, diabetes, doenças pulmonares e respiratórias, entre outras) e os grupos do estado atual do portador (hospitalizado, ambulatório e alta médica), no que concerne às variáveis em estudo, isto é, resiliência, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo e crescimento pós-traumático.

Método

Desenho do Estudo

Este estudo trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e correlacional, com corte transversal, visto que a aplicação dos questionários é efetuada num único momento.

Participantes

Neste estudo, a amostragem é não probabilística, por conveniência.

A amostra final é de 127 participantes, ou seja, 127 pais ou principais cuidadores familiares de crianças com doenças crónicas, com diagnóstico antes dos 19 anos de idade. Assim, os principais critérios de inclusão neste estudo foram os seguintes: ser pai, mãe, ou o principal cuidador familiar de uma criança com doença crónica; o diagnóstico de doença crónica da criança, ter sido feito antes dos 19 anos de idade; saber ler e escrever a língua portuguesa.

Assim, no que concerne às características sociodemográficas e clínicas do cuidador, apresentadas no quadro 1, pode-se afirmar que a amostra deste estudo apresenta uma média de idades de 40,26 anos ($DP = 7,38$), e é constituída maioritariamente por mulheres ($n = 125$; 98,4%) com nacionalidade portuguesa ($n = 115$; 90,6%) e residentes na Região de Lisboa ($n = 33,9$; 43%) e na Região do Norte ($n = 31$; 24,4%). Dos 127 participantes, grande parte possuem a licenciatura ($n = 57$; 44,9%) ou o ensino secundário completo ($n = 33$; 26,0%), e encontram-se empregados ($n = 92$; 72,4%). No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos participantes encontra-se numa relação amorosa ($n = 114$; 89,8%), sendo que destes, a maioria é casada ($n = 74$; 58,3%) ou está em união de facto ($n = 29$; 22,8%), quanto ao apoio psicológico, 87 (68,5%) sujeitos responderam não ter apoio psicológico e paralelamente, 40 (31,55%) indivíduos responderam que estavam a ter apoio psicológico com a duração média de 0,72 anos ($DP = 2,27$). O grau de parentesco, com a criança doente crónica, neste estudo foi maioritariamente o de mãe ($n = 124$; 97,6%).

Quadro 1

Características Sociodemográficas e Clínicas do Cuidador (N=127)

Variável	<i>n</i>	%
Idade (<i>M, DP</i>)	40,26	7,38
Género		
Mulher	125	98,4
Homem	2	1,6
Nacionalidade		
Portuguesa	115	90,6
Brasileira	12	9,4
Localidade		
Região do Alentejo	7	5,5
Região do Algarve	6	4,7
Região do Centro	23	18,1
Região de Lisboa	43	33,9
Região do Norte	31	24,4
Região Autónoma dos Açores	2	1,6
Região Autónoma da Madeira	1	0,8
Inglaterra	1	0,8
Alemanha	1	0,8
Brasil	12	9,4
Escolaridade		
Não sabe ler, nem escrever	1	0,8
Ensino básico 1º ciclo (1º ano – 4º ano)	1	0,8
Ensino básico 2º ciclo (5º ano e 6º ano)	1	0,8
Ensino básico 3º ciclo (7º ano – 9º ano)	18	14,2
Ensino secundário (10º ano – 12º ano)	33	26,0
Licenciatura	57	44,9
Mestrado	15	11,8
Doutoramento	1	0,8
Situação profissional		
Estudante	2	1,6
Empregado(a)	92	72,4
Desempregado(a)	17	13,4
Cuidador(a)	10	7,9
Doméstica	2	1,6
Em casa	3	2,4
Baixa médica	1	0,8
Estado civil		
Solteiro	9	7,1
Casado	74	58,3
União de facto	29	22,8
Separado	1	0,8
Divorciado	12	9,4
Viúvo	2	1,6
Relação atualmente		
Sim	114	89,8
Não	13	10,2
Apoio psicológico atualmente		
Sim	40	31,5
Não	87	68,5
Duração do apoio psicológico (<i>M, DP</i>)	0,72	2,27

Grau de parentesco com o portador		
Pai	2	1,6
Mãe	124	97,6
Avó	1	0,8

Quanto às características sociodemográficas e clínicas do portador da doença crónica, apresentadas no quadro 2, denota-se que a média de idades das crianças cuidadas é de 10,38 anos ($DP = 6,86\%$), e que a maioria são rapazes ($n = 66$; $52,0\%$). No que diz respeito ao diagnóstico da doença crónica, o mesmo foi obtido, em média há 6,34 anos ($DP = 6,36$) e a situação atual da criança é maioritariamente em alta médica ($n = 63$; $49,6\%$) ou em ambulatório ($n = 62$; $48,8\%$), contudo, a maioria das crianças já esteve internada no hospital ($n = 107$; $84,3\%$), com a média de número total de internamentos de 3,47 ($DP = 5,60$), com a duração média de 109,34 dias ($DP = 246,13$). A maioria das crianças não tinha outro diagnóstico de doença crónica ($n = 119$; $93,7\%$) e não apresentava apoio psicológico atualmente ($n = 85$; $66,9\%$), contudo, as crianças que se encontravam a receber apoio psicológico ($n = 42$; $33,1\%$), já o tinham em média há 0,71 anos ($DP = 1,68$).

Quadro 2

Características Sociodemográficas e Clínicas do Portador (N=127)

Variável	<i>n</i>	%
Idade (<i>M, DP</i>)	10,38	6,86
Género		
Mulher	61	48,0
Homem	66	52,0
Tempo de diagnóstico (<i>M, DP</i>)	6,34	6,36
Situação atual		
Hospitalizado	2	1,6
Ambulatório	62	48,8
Alta médica	63	49,6
Internamentos		
Sim	107	84,3
Não	20	15,7
Número total de internamentos (<i>M, DP</i>)	3,47	5,60
Número de dias de internamentos (<i>M, DP</i>)	109,34	246,13
Primeiro diagnóstico de doença crónica		
Sim	119	93,7
Não	8	6,3
Apoio psicológico atualmente		
Sim	42	33,1
Não	85	66,9

Procedimento

Inicialmente foi pedida autorização ao Comissão de Ética (Anexo A) do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E. (IPO Lisboa), através de estabelecimentos de contato com a instituição supracitada, visando a recolha presencial dos dados através da aplicação dos questionários aos cuidadores, e através de uma entrevista semiestruturada às crianças. A autorização foi dada, mas condicional, no sentido em que seriam necessários alguns ajustes ao nível logístico, ajustes esses que foram novamente submetidos à Comissão de Ética do IPO Lisboa e aceites, contudo, logo após a admissão do estudo, Portugal entrou em Estado de Emergência devido à pandemia do Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), e o início da recolha no IPO Lisboa ficou suspensa e sem data prevista para começar.

Após este acontecimento, foi necessário recrutar os participantes e divulgar o estudo de uma forma mais rápida e eficaz: *online*. Assim, com recurso ao *Google Forms* foi criado um formulário com os materiais necessários à execução do estudo, e com recurso às redes sociais (p. ex. Facebook) foi possível divulgar o mesmo, entre o dia 17 de Março de 2020 e o dia 15 de Julho de 2020. Denota-se ainda que no *Google Forms* estava disponível um consentimento informado (Anexo G), onde constava o objetivo do estudo, o carácter voluntário do mesmo, assim como a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados, e ainda, uma questão com resposta de sim ou não, em que os indivíduos respondiam se aceitavam participar no estudo após a leitura do mesmo.

Materiais

Os instrumentos a seguir citados foram seleccionados de acordo com as variáveis em estudo visando o cumprimento dos objetivos outrora explicitados. Assim, foram contactados os autores das versões portuguesas dos mesmos, visando o seu consentimento e a sua autorização para a utilização dos instrumentos neste estudo, tendo sido, as mesmas, fornecidas via e-mail (anexo B a F).

Salienta-se ainda que o Questionário Sociodemográfico foi construído para o presente estudo, tendo como principal objetivo a recolha de dados pessoais como os dados sociodemográficos (p.ex. idade, escolaridade completa, estado civil, entre outros)

e clínicos (p.ex. apoio psicológico, quantos internamentos, tipo de tratamentos, entre outros) dos participantes, considerados pertinentes para a investigação (Anexo G).

Resiliência. A Escala de Resiliência criada por Wagnild e Young (1993) e adaptada para a população portuguesa por Ng Deep e Leal (2012), tem como principal propósito medir de adaptação psicossocial positiva em situações e eventos de vida adversos. Esta apresenta 23 itens, cujas respostas variam de 1 a 7 (onde 1 corresponde a “Discordo Totalmente” e 7 “Concordo Totalmente”), e apresenta 4 dimensões, nomeadamente: perseverança (procura de soluções para os problemas existentes, reconstrução da vida) ($\alpha=0,84$), sentido de vida (foco numa razão para a vida) ($\alpha=0,81$), serenidade (equilíbrio no sentido dado à vida) ($\alpha=0,60$) e autossuficiência/autoconfiança (crença em si mesmo e nas suas capacidades) ($\alpha=0,67$). Os valores totais da escala são conseguidos através do somatório dos valores das respostas obtidas, e valores mais altos equivalem a elevada resiliência. No que concerne às capacidades psicométricas, a mesma apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,868 para os 23 itens (salientando, que foram retirados 2 itens da escala original), indicando uma boa consistência interna da escala (Ng Deep & Leal, 2012) (Anexo H).

Bem-estar espiritual. O Questionário de Bem-Estar Espiritual (Spiritual Well-Being Questionnaire [SWBQ]) elaborado por Gomez e Fisher (2003) e validado por Gouveia e colaboradores (2009) para a população portuguesa, avalia o grau em que o indivíduo se sente a desenvolver 1 dos 4 domínios do bem-estar espiritual. É igualmente um instrumento de autopreenchimento que possui 20 itens divididos em 4 subescalas: pessoal ($\alpha=0,75$), comunitária ($\alpha=0,74$), ambiental ($\alpha=0,84$) e transcendental ($\alpha=0,89$) e cujas respostas são dadas numa escala de 5 pontos (onde 1 é “muito pouco” e 5 “totalmente”), e os indivíduos devem responder em que medida, as afirmações presentes refletem a sua experiência pessoal. É ainda de se notar que todas as afirmações deste questionário foram formuladas na positiva e o resultado obtido pelo sujeito que o realiza é dado através da média das respostas a cada item de cada dimensão. O resultado deste questionário é conseguido através da média das respostas obtidas nos itens de cada subescala, contudo, também é possível obter um nível global de bem-estar espiritual com o somatório dos domínios, em que um valor mais elevado está associado a um maior nível de bem-estar espiritual. No que concerne à psicométrica, este instrumento apresenta bons indicadores gerais de consistência interna para a escala total ($\alpha=0,89$) e

no que diz respeito às dimensões que o mesmo avalia, os valores variam de 0,75 a 0,95, podendo por isso ser aplicado à população portuguesa (Gouveia et al., 2009) (Anexo I).

Bem-estar subjetivo. O bem-estar subjetivo é avaliado através da soma da satisfação com a vida e do afeto positivo e negativo, e devido a isso, foram utilizadas duas escalas para o avaliar.

A Escala de Satisfação com a Vida (SWLSp) foi originalmente desenvolvida por Diener e colaboradores (1985), foi validada para a população portuguesa por Figueiras e colaboradores (2010) e avalia a satisfação dos indivíduos com a sua vida. Esta é uma escala breve, de autopreenchimento, composta por 5 frases, no qual os indivíduos devem, através de uma escala do tipo *Likert*, onde 1 é “discordo totalmente” e 5 é “concordo totalmente”, discordar ou concordar da frase, no que toca à sua própria experiência de vida. O resultado desta escala é conseguido através do somatório das respostas às perguntas, e um valor total maior é sinónimo de maior satisfação com a vida. No que toca às capacidades psicométricas e mais precisamente à consistência interna, este instrumento apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,82 (Figueiras et al., 2010) (Anexo J).

A Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), na escala original, e Escala de Afetividade Positiva e Negativa, na versão portuguesa), é uma escala criada por Watson et al., (1988) e adaptada para a população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro (2005). Esta procura medir o afeto positivo e o afeto negativo, sendo estas as dimensões gerais que descrevem as experiências afetivas dos indivíduos, e é constituída por 20 palavras, que expressam 10 emoções positivas (itens 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17 e 19) e 10 emoções negativas (itens 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18 e 20), denotando-se então que a mesma é composta por duas dimensões: a afetividade positiva e a afetividade negativa. Os participantes, devem classificar o quanto sentem cada uma das emoções, numa escala do tipo *Likert* de 1 a 5, onde 1 corresponde a “Nada ou muito ligeiramente” e 5 corresponde a “Extremamente”. Assim, os resultados desta escala são conseguidos através do somatório dos resultados obtidos nas questões da mesma, deste modo, uma Afetividade Positiva elevada representa prazer e bem-estar subjetivo e uma Afetividade Negativa elevada representa desprazer e mal-estar subjetivo. Esta escala, apresentou como valores de alfa de *Cronbach*, 0,86 para a dimensão Afetividade Positiva e 0,89 para a dimensão Afetividade Negativa (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) (Anexo K).

É necessário ainda salientar que, após a aplicação da escala PANAS, percebeu-se que, por lapso, não foi incluído o item 20 (“amedrontado”) da subescala da afetividade negativa, e posto isto, foi necessário realizar diversas análises para perceber se, mesmo com a ausência de um item, a escala continuava a ser válida. Assim, na análise fatorial exploratória verificou-se o pressuposto de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,870), que comprovou a adequação dos itens e a correlação entre as variáveis, de uma forma significativa, e verificou-se a retenção de 2 fatores que explicam 61,45% da variância total. Em seguida procedeu-se à análise fatorial confirmatória, que revelou também a retenção de 2 fatores, e que esses 2 fatores eram compostos pelo mesmo número de itens e pelos mesmos itens da escala original, ou seja, apesar da ausência do item 20, não houve interferências na saturação dos fatores da escala, sendo viável a sua utilização neste estudo. Vale ainda salvaguardar que devido ao facto de serem subescalas independentes, e respeitando as análises outrora feitas no artigo de validação, as análises das subescalas foram independentes demonstrando os valores de ajustamento de ($\chi^2(34) = 67,672$; $p = 0,001$; GFI = 0,896; CFI = 0,957; RMSEA = 0,089 [0,057;0,199]) para o afeto positivo e os valores de ajustamento de ($\chi^2(23) = 38,859$; $p = 0,021$; GFI = 0,940; CFI = 0,977; RMSEA = 0,074 [0,029;0,113]) para o afeto negativo. Esta análise foi efetuada com o *Software IBM AMOS v. 26* e o nível de significância utilizado foi de $\alpha \leq 0,05$.

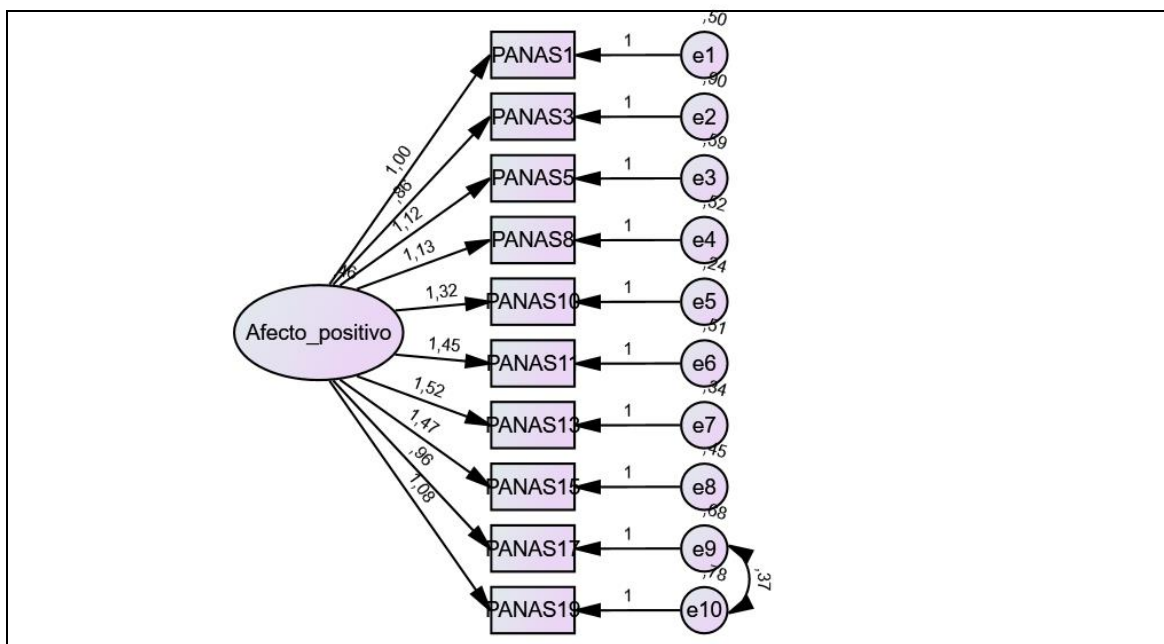


Figura 1. Análise Fatorial Confirmatória da Subescala Afeto Positivo (N = 127)

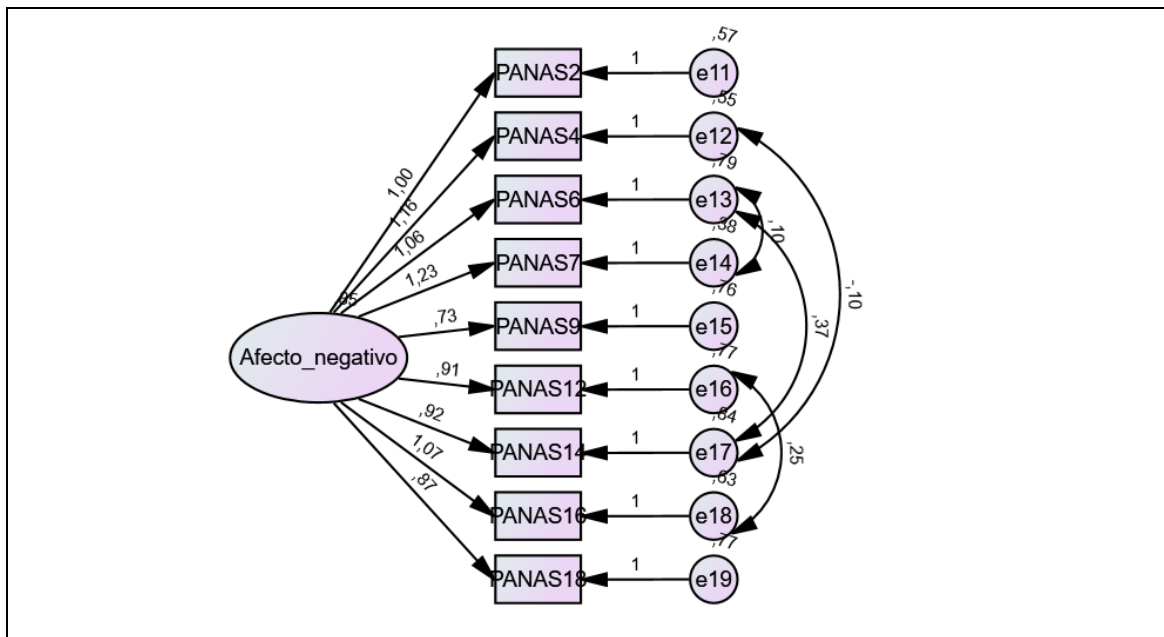


Figura 2. Análise Fatorial Confirmatória da Subescala Afeto Negativo ($N = 127$)

Crescimento pós-traumático. O Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory [PTGI]) desenvolvido por Tedeschi e Calhoun (1996) e validado e adaptado para a população portuguesa por Silva e colaboradores (2009), é igualmente um instrumento de autoquestionário e este procura avaliar o grau das mudanças positivas que o indivíduo percebe, após um acontecimento vivido como traumático. Na sua constituição, o mesmo possui 21 itens, cuja resposta vai de 0 a 5 (“Eu não experienciei esta mudança como resultado do acontecimento adverso” e “Eu experienciei completamente esta mudança como resultado do acontecimento adverso”, respetivamente), e 5 dimensões distintas, nomeadamente a relação com os outros ($\alpha=0,86$ na população com cancro da mama, e $\alpha=0,88$ na população normativa), novas possibilidades ($\alpha=0,83$ na população com cancro da mama, e $\alpha=0,87$ na população normativa), força pessoal ($\alpha=0,75$ na população com cancro da mama, e $\alpha=0,81$ na população normativa), mudança espiritual ($\alpha=0,73$ na população com cancro da mama, e $\alpha=0,75$ na população normativa) e a apreciação da vida ($\alpha=0,69$ na população com cancro da mama, e $\alpha=0,82$ na população normativa) (Ramos, Leal, Marôco, & Tedeschi, 2016). O resultado desta escala é obtido através da soma dos itens individuais, e um maior valor representa um maior crescimento pós-traumático (Silva et al., 2009). É importante salientar que o Inventário

validado por Silva e colaboradores (2009) estava organizado em 4 dimensões e foi validado em duas populações distintas: pacientes com cancro da mama, e população normativa (sem cancro da mama ou outras patologias associadas), e no geral, esta escala demonstrou uma boa consistência interna, no sentido em que para a amostra de pacientes com cancro da mama apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,92 e para a amostra normativa, um alfa de *Cronbach* de 0,95, contudo, uma vez que neste estudo se respeitaram as 5 dimensões e não as 4, salienta-se o estudo de Ramos e colaboradores (2016) que validou a escala com 5 dimensões, que no geral apresentou uma boa consistência interna ($\alpha=0,92$ na população com cancro da mama e $\alpha=0,95$ na população normativa) (Anexo L).

Análise Estatística

No que concerne à análise estatística, foi utilizado o *Software IBM SPSS Statistics v. 26*. Assim, após a obtenção das respostas dos questionários, as mesmas foram introduzidas numa matriz, e analisadas. Inicialmente foi efetuada uma análise descritiva com recurso à média, desvio-padrão e frequências relativas das variáveis sociodemográficas e clínicas do cuidador (idade, género, nacionalidade, localidade, escolaridade, situação profissional, estado civil, relação atualmente, apoio psicológico atualmente, duração do apoio psicológico e grau de parentesco com o portador) e do portador da doença (idade, género, tempo de diagnóstico, situação atual, internamentos, número total de internamentos, número de dias de internamentos, primeiro diagnóstico de doença crónica, apoio psicológico atualmente e duração do apoio psicológico), recolhidas através do questionário sociodemográfico e clínico aos participantes, visando entender a distribuição dos dados recolhidos.

Posteriormente e com o mesmo objetivo, foi desenvolvida também uma análise descritiva através da média, desvio-padrão e alfa de *Cronbach*, dos totais das escalas e das subescalas das variáveis psicossociais: resiliência, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo e crescimento pós-traumático.

Realizaram-se, também, correlações bivariadas, com o objetivo de analisar a existência de associações entre variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais, sendo que as variáveis foram selecionadas de acordo com os objetivos do estudo. Assim, procedeu-se ao cálculo dos coeficientes de contingência de V de Cramer para avaliar a associação entre variáveis pelo menos nominais (idade do cuidador,

escolaridade completa do cuidador, situação profissional do cuidador, estado civil do cuidador, apoio psicológico do cuidador, apoio psicológico do portador, internamentos do portador, primeiro diagnóstico do portador e situação atual do portador, resiliência, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo e crescimento pós-traumático), e do coeficiente de correlação de Pearson, que visa medir a direção e a intensidade da associação entre variáveis quantitativas (resiliência, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo e crescimento pós-traumático) (Marôco, 2007).

Posteriormente, analisaram-se e confirmaram-se os pressupostos da Regressão Linear: a) a independência entre os erros, em que a autocorrelação dos mesmos deve ser nula, através da Estatística de Durbin-Watson ($\cong 2$); b) a multicolinearidade que pressupõe que as variáveis independentes não sejam colineares, isto é, que não estejam fortemente correlacionadas, através do valor do VIF (≤ 5) (Marôco, 2011). Após confirmação dos mesmos, realizaram-se quatro Regressões Lineares Múltiplas Hierárquicas visando a elaboração de modelos explicativos das variáveis dependentes (resiliência, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo e crescimento pós-traumático), e de forma a conseguir controlar os efeitos das variáveis independentes, na variável dependente, salientando que, a única diferença entre todas as análises é a variável dependente, uma vez que as variáveis independentes foram sempre as mesmas: no primeiro modelo colocaram-se variáveis sociodemográficas (idade do cuidador, estado civil do cuidador, escolaridade completa do cuidador e situação profissional do cuidador), no segundo modelo, variáveis clínicas (apoio psicológico do cuidador, apoio psicológico do portador, primeiro diagnóstico de doença crónica do portador, internamentos do portador e situação atual) e no terceiro e último modelo, as variáveis psicossociais em estudo (resiliência, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo e crescimento pós-traumático). Após realização das Regressões Lineares Múltiplas Hierárquicas, procedeu-se à execução de quatro Regressões Múltiplas apenas com as variáveis que, nos últimos modelos das Regressões Múltiplas demonstraram ser preditoras significativas do modelo (Marôco, 2007).

A fim de proceder à realização da ANOVA, foi necessário validar os pressupostos dos testes paramétricos para amostras independentes: a) a população ter distribuição normal, através do teste Kolmogorov-Smirnov ($p \geq 0,05$) e dos valores de assimetria e curtose ($Sk < |3|$; $Ku < |7|$); b) as variâncias das variáveis dependentes terem de ser homogéneas, isto é, terem homogeneidade das variâncias, através do teste

Levene ($W \geq 0,05$). Após verificados os pressupostos acima mencionados, executaram-se duas ANOVA's unifatoriais (ou "one way") com o objetivo de comparar duas ou mais médias populacionais, em amostras independentes (Marôco, 2007). Assim, realizaram-se duas ANOVA's para avaliar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis psicossociais (resiliência, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo e crescimento pós-traumático) e as variáveis independentes estado atual (hospitalizado, ambulatorio e alta médica) e tipo de doença (doenças oncológicas, diabetes, doenças pulmonares e respiratórias, síndromes/doenças raras, doenças do sistema nervoso central, doenças cardiovasculares, doenças inflamatórias intestinais crônicas, deficiências físicas, fibrose cística, distúrbio do desenvolvimento, doenças pulmonares e respiratórias e deficiências físicas, doenças do sistema nervoso central e síndromes/doenças raras, distúrbio do desenvolvimento e síndromes/doenças raras, doenças inflamatórias intestinais crônicas e síndromes/doenças raras, doenças pulmonares e respiratórias e distúrbio do desenvolvimento e em estudo). Salienta-se ainda que foi executado o teste post-hoc de Tukey visando a análise de diferenças entre grupos para as variáveis que possuem mais do que dois grupos. É ainda de notar que ao longo de toda a análise estatística o p -value utilizado foi o $\alpha \leq 0,05$.

Resultados

Dados Psicossociais

No que diz respeito às variáveis psicossociais, foram efetuadas análises descritivas, ilustradas no quadro 3. Assim, os valores totais da resiliência apresentaram uma média de 5,37 ($DP = 1,20$), da variável bem-estar espiritual uma média de 3,51 ($DP = 0,81$), da variável bem-estar subjetivo, uma média de 2,87 ($DP = 0,54$) e da variável crescimento pós-traumático, uma média de 3,33 ($DP = 1,07$).

No que concerne às subescalas, na resiliência, a subescala com valores mais elevados foi a Perseverança ($M = 5,49$; $DP = 1,35$), e com os valores mais baixos foi a Serenidade ($M = 5,06$; $DP = 1,32$). Quanto ao bem-estar espiritual, a subescala com maiores valores foi a Comunitária ($M = 3,72$; $DP = 0,72$), e com menores a subescala Transcendental ($M = 3,19$; $DP = 1,25$). No bem-estar subjetivo, a subescala com maiores valores foi a Afeto Positivo ($M = 3,15$; $DP = 0,85$), e com menores valores a subescala Afeto Negativo ($M = 2,48$; $DP = 0,97$).

Quadro 3

Análise Descritiva das Variáveis Psicossociais

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>
Resiliência	5,37	1,20
Perseverança	5,49	1,35
Sentido de Vida	5,40	1,34
Serenidade	5,06	1,32
Autossuficiência e Autoconfiança	5,48	1,14
Bem-estar espiritual	3,51	0,81
Pessoal	3,52	0,95
Comunitária	3,72	0,72
Ambiental	3,62	0,99
Transcendental	3,19	1,25
Bem-estar subjetivo	2,87	0,54
Satisfação com a Vida	2,99	0,90
Afeto Positivo	3,15	0,85
Afeto Negativo	2,48	0,97
Crescimento pós-traumático	3,33	1,07
Relação com os outros	2,98	1,19
Novas possibilidades	3,34	1,21
Força pessoal	3,73	1,19
Mudança espiritual	2,85	1,72
Apreciação da vida	3,94	1,09

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão

Correlações Entre as Variáveis

No que concerne às correlações, utilizou-se o coeficiente de contingência de V de Cramer para testar a intensidade e o sentido de associação entre diversas variáveis pelo menos nominais. Assim, no que concerne aos dados sociodemográficos e clínicos do cuidador, foi testada a associação entre as variáveis idade do cuidador, escolaridade completa do cuidador, situação profissional do cuidador, estado civil do cuidador, apoio psicológico do cuidador e as variáveis psicossociais supramencionadas. Os resultados demonstraram a existência de correlações marginalmente significativas entre a idade do cuidador e o bem-estar espiritual ($V = 0,664$; $p = 0,05$), e estatisticamente significativas entre a escolaridade completa e o crescimento pós-traumático ($V = 0,814$; $p \leq 0,001$), entre a situação profissional e o crescimento pós-traumático ($V = 0,761$; $p = 0,024$) e o bem-estar espiritual ($V = 0,720$; $p = 0,002$) e entre o estado civil e o crescimento pós-traumático ($V = 0,774$; $p = 0,011$).

No que concerne às correlações efetuadas entre as variáveis psicossociais e as variáveis sociodemográficas e clínicas da criança portadora da doença crônica (apoio psicológico do portador, internamentos do portador, primeiro diagnóstico do portador e situação atual do portador) foram encontradas correlações estatisticamente significativas apenas entre a situação atual e o crescimento pós-traumático ($V = 0,877$; $p \leq 0,001$) e o bem-estar espiritual ($V = 0,848$; $p \leq 0,001$).

Posteriormente, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson (r) para avaliar a intensidade e a direção de associações entre variáveis quantitativas. Assim, visualizando o quadro 4, abaixo apresentado, podemos constatar que todas as variáveis se encontram correlacionadas significativamente e positivamente entre si. Quanto à resiliência, a variável com que existe uma maior correlação é o bem-estar espiritual ($r = 0,443$; $p \leq 0,001$), e com menor correlação é o bem-estar subjetivo ($r = 0,197$; $p = 0,027$). O bem-estar espiritual, apresenta uma a maior correlação com o bem-estar subjetivo ($r = 0,510$; $p \leq 0,001$), e a menor correlação é com a resiliência ($r = 0,443$; $p \leq 0,001$). No que concerne ao bem-estar subjetivo, a correlação mais acentuada é com o bem-estar espiritual ($r = 0,510$; $p \leq 0,001$), e a menos é com a resiliência ($r = 0,197$; $p = 0,027$). No âmbito do crescimento pós-traumático, existe uma maior correlação com o bem-estar espiritual ($r = 0,476$; $p \leq 0,001$) e uma menor correlação com a variável resiliência ($r = 0,240$; $p = 0,006$).

Quadro 4

Coefficiente de Alfa de Cronbach e Correlações de Pearson das Variáveis Psicossociais

Variável	α	2	3	4
1. Resiliência	0,96	0,443***	0,197*	0,240**
2. Bem-estar espiritual	0,95	-	0,510***	0,476***
3. Bem-estar subjetivo	0,85		-	0,404***
4. Crescimento pós-traumático	0,90			-

Nota. * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; α = alfa de Cronbach.

Modelos Explicativos das Relações entre as Variáveis

Após analisados e confirmados os pressupostos da Regressão Linear para todos os modelos (valores de VIF entre 1,011 e 1,277 e Durbin-Watson entre 1,758 e 2,071), procedeu-se à elaboração de regressões lineares múltiplas hierárquicas, apresentadas nos quadros abaixo (Quadro 5 a 8) com o principal objetivo de compreender, pormenorizadamente e por etapas, o valor preditivo de diversas variáveis independentes na variável dependente, visando a exploração das diversas associações multivariadas entre as variáveis em estudo. Salienta-se, que face ao apresentado anteriormente nas correlações, decidiu-se colocar todas as variáveis sociodemográficas e clínicas em análise com o objetivo de verificar o efeito das mesmas nas variáveis psicossociais, uma vez que a amostra deste estudo é reduzida e pouco heterógena. Assim, foram incluídas nos modelos as variáveis sociodemográficas e clínicas que se demonstraram significativamente correlacionadas com as variáveis psicossociais, com o objetivo de confirmar as associações entre as variáveis agora em modelos hierárquicos e múltiplos de regressão linear. Ainda é importante explicitar que a única diferença entre as diversas regressões hierárquicas consistiu na mudança da variável dependente (resiliência, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo ou crescimento pós-traumático), sendo que as variáveis independentes foram sempre as mesmas e colocadas pela mesma ordem: no modelo 1, colocaram-se variáveis sociodemográficas como variáveis independentes; no modelo 2, variáveis sociodemográficas e clínicas como variáveis independentes; e no modelo 3, variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais como variáveis independentes.

Neste sentido, observando o modelo explicativo (Quadro 5), no qual a variável dependente foi a resiliência, denota-se que todos os modelos foram significativos: no modelo 1 ($F(3,266) = 4,122$; $p = 0,014$), modelo 2 ($F(9,117) = 3,605$; $p \leq 0,001$) e

modelo 3 ($F(12,114) = 5,969$; $p \leq 0,001$). Destaca-se que as variáveis predictoras significativas do modelo foram o estado civil do cuidador ($\beta = 0,233$; $p = 0,003$), internamentos ($\beta = 0,285$; $p \leq 0,001$) e a variável bem-estar espiritual ($\beta = 0,387$; $p \leq 0,001$). Acrescenta-se ainda que, os modelos apresentaram uma variância explicada da resiliência de 6%, 16% e 23% respetivamente.

Posteriormente, procedeu-se à elaboração de uma regressão linear múltipla só com as variáveis independentes com associação significativa à variável dependente, excluindo as variáveis que não se apresentaram como significativas no modelo 3. Assim, obteve-se um modelo significativo ($F(3,123) = 21,147$) que explica 32% de variância da resiliência, no qual o estado civil do cuidador ($\beta = 0,255$; $p \leq 0,001$), os internamentos ($\beta = 0,289$; $p \leq 0,001$) e o bem-estar espiritual ($\beta = 0,437$; $p \leq 0,001$) são as variáveis que estão significativamente associadas à resiliência do cuidador.

Quadro 5

Modelo de Regressão Hierárquica – V.D. Resiliência

Variável	β	t	p	R^2_{ajust}	ΔR^2	F	$gl.$
Modelo 1			0,014	0,067	0,097	3,266	4,122
Idade do cuidador	0,108	1,231	0,221				
Estado civil do cuidador	0,265	3,043	0,003				
Escolaridade completa	0,053	0,607	0,545				
Situação profissional	0,102	1,170	0,244				
Modelo 2			$\leq 0,001$	0,157	0,120	3,605	9,117
Idade do cuidador	0,098	1,149	0,253				
Estado civil do cuidador	0,259	3,051	0,003				
Escolaridade completa	0,101	1,193	0,235				
Situação profissional	0,119	1,360	0,177				
Apoio psicológico do cuidador	-0,154	-1,742	0,084				
Apoio psicológico do portador	0,111	1,274	0,205				
Primeiro diagnóstico de doença crónica	-0,142	-1,707	0,090				
Internamentos	0,251	2,993	0,003				
Situação atual	0,064	0,759	0,449				
Modelo 3			$\leq 0,001$	0,321	0,169	5,969	12,114
Idade do cuidador	0,073	0,939	0,350				

Estado civil do cuidador	0,233	3,036	0,003
Escolaridade completa	0,118	1,531	0,129
Situação profissional	0,030	0,376	0,708
Apoio psicológico do cuidador	-0,118	-1,487	0,140
Apoio psicológico do portador	0,072	0,904	0,368
Primeiro diagnóstico de doença crónica	-0,106	-1,400	0,164
Internamentos	0,285	3,732	$\leq 0,001$
Situação atual	-0,33	-0,419	0,676
Bem-estar espiritual	0,387	4,110	$\leq 0,001$
Bem-estar subjetivo	0,027	0,290	0,772
Crescimento pós-traumático	0,055	0,617	0,539

No que concerne ao quadro 6, a variável dependente é o bem-estar espiritual e pode-se observar que apenas o modelo 3 foi significativo ($F(12,114) = 3,239$; $p \leq 0,001$), explicando cerca de 41% da variância do bem-estar espiritual. Neste modelo, apontam-se como variáveis preditivas significativas do bem-estar espiritual, o bem-estar subjetivo ($\beta = 0,311$; $p \leq 0,001$), o crescimento pós-traumático ($\beta = 0,264$; $p \leq 0,001$) e a resiliência ($\beta = 0,334$; $p \leq 0,001$).

De seguida procedeu-se a uma regressão linear múltipla só com as variáveis que se apresentaram como variáveis significativas do modelo, nomeadamente o bem-estar subjetivo ($\beta = 0,343$; $p \leq 0,001$), o crescimento pós-traumático ($\beta = 0,262$; $p \leq 0,001$), e a resiliência ($\beta = 0,313$; $p \leq 0,001$). O modelo foi significativo ($F(3,123) = 31,944$; $p \leq 0,001$) e apresentou uma variância explicada do bem-estar espiritual de 42%.

Quadro 6

Modelo de Regressão Hierárquica – V.D. Bem-Estar Espiritual

Variável	β	t	p	R^2_{ajust}	ΔR^2	F	$gl.$
Modelo 1			0,427	-0,001	0,031	0,969	4,122
Idade do cuidador	0,081	0,886	0,377				
Estado civil do cuidador	0,052	0,576	0,565				
Escolaridade completa	-0,048	-0,536	0,593				
Situação profissional	0,149	1,652	0,101				

Modelo 2			0,263	0,019	0,058	1,266	9,117
Idade do cuidador	0,082	0,894	0,373				
Estado civil do cuidador	0,071	0,779	0,438				
Escolaridade completa	-0,036	-0,395	0,693				
Situação profissional	0,211	2,242	0,027				
Apoio psicológico do cuidador	-0,079	-0,831	0,407				
Apoio psicológico do portador	0,081	0,861	0,391				
Primeiro diagnóstico de doença crónica	-0,068	-0,758	0,450				
Internamentos	-0,071	-0,788	0,432				
Situação atual	0,219	2,400	0,018				
Modelo 3			≤ 0,001	0,415	0,382	3,239	12,114
Idade do cuidador	0,092	1,283	0,202				
Estado civil do cuidador	0,001	0,015	0,988				
Escolaridade completa	-0,070	-0,963	0,338				
Situação profissional	0,111	1,499	0,137				
Apoio psicológico do cuidador	0,004	0,056	0,956				
Apoio psicológico do portador	-0,025	-0,340	0,734				
Primeiro diagnóstico de doença crónica	0,031	0,436	0,663				
Internamentos	-0,091	-1,218	0,226				
Situação atual	0,092	1,268	0,207				
Bem-estar subjetivo	0,311	3,834	≤ 0,001				
Crescimento pós-traumático	0,264	3,329	≤ 0,001				
Resiliência	0,334	4,110	≤ 0,001				

No quadro 7, a variável dependente da regressão linear múltipla hierárquica é o bem-estar subjetivo, e pode-se observar que apenas o modelo 3 é significativo ($F(12,114) = 5,681$; $p \leq 0,001$), com uma variância explicada de 31%. Neste modelo, atentam as variáveis psicossociais de crescimento pós-traumático ($\beta = 0,222$; $p = 0,013$) e bem-estar espiritual ($\beta = 0,367$; $p \leq 0,001$) como preditoras significativas do modelo. Repetiu-se o modelo apenas com as variáveis significativas e observou-se um modelo significativo ($F(2,124) = 25,760$; $p \leq 0,001$) com uma variância explicada de 28%. O crescimento pós-traumático ($\beta = 0,208$; $p = 0,017$) e o bem-estar espiritual ($\beta = 0,411$; $p \leq 0,001$) predizem o bem-estar subjetivo.

Quadro 7

Modelo de Regressão Hierárquica – V.D. Bem-Estar Subjetivo

Variável	β	t	p	R^2_{ajust}	ΔR^2	F	$gl.$
Modelo 1			0,601	-0,010	0,022	0,688	4,122
Idade do cuidador	-0,040	-0,434	0,665				
Estado civil do cuidador	-0,060	-0,657	0,512				
Escolaridade completa	0,103	1,148	0,253				
Situação profissional	0,070	0,769	0,443				
Modelo 2			0,070	0,056	0,101	1,827	9,117
Idade do cuidador	-0,049	-0,548	0,585				
Estado civil do cuidador	-0,048	-0,531	0,596				
Escolaridade completa	0,101	1,136	0,258				
Situação profissional	0,155	1,682	0,095				
Apoio psicológico do cuidador	-0,045	-0,481	0,631				
Apoio psicológico do portador	0,170	1,844	0,068				
Primeiro diagnóstico de doença crónica	-0,029	-0,327	0,745				
Internamentos	-0,171	-1,932	0,056				
Situação atual	0,250	2,792	0,006				
Modelo 3			$\leq 0,001$	0,308	0,251	5,681	12,114
Idade do cuidador	-0,059	-0,750	0,455				
Estado civil do cuidador	-0,080	-0,996	0,321				
Escolaridade completa	0,138	1,778	0,078				
Situação profissional	0,064	0,792	0,430				
Apoio psicológico do cuidador	0,004	0,045	0,964				
Apoio psicológico do portador	0,123	1,555	0,123				
Primeiro diagnóstico de doença crónica	0,036	0,469	0,640				
Internamentos	-0,143	-1,773	0,079				
Situação atual	0,144	1,839	0,068				
Crescimento pós-traumático	0,222	2,531	0,013				
Resiliência	0,027	0,290	0,772				
Bem-estar espiritual	0,367	3,834	$\leq 0,001$				

No que diz respeito ao quadro 8, cuja variável dependente é o crescimento pós-traumático volta-se a constatar que apenas o modelo 3 é significativo ($F(12,114) = 4,604$; $p \leq 0,001$), explicando 26% da variância. Neste modelo, o bem-estar subjetivo ($\beta = 0,239$; $p \leq 0,001$) e o bem-estar espiritual ($\beta = 0,336$; $p = 0,013$) estão significativamente associadas ao crescimento pós-traumático.

Posteriormente, realizou-se uma regressão linear múltipla com as variáveis predictoras significativas do modelo: bem-estar subjetivo ($\beta = 0,218$; $p = 0,017$) e bem-estar espiritual ($\beta = 0,364$; $p = 0,017$). Este modelo final foi significativo ($F(2,124) = 21,925$; $p \leq 0,001$) e apresentou uma variância explicada do crescimento pós-traumático de 25%.

Quadro 8

Modelo de Regressão Hierárquica – V.D. Crescimento Pós-Traumático

Variável	β	t	p	R^2_{ajust}	ΔR^2	F	$gl.$
Modelo 1			0,361	0,003	0,035	1,098	4,122
Idade do cuidador	-0,108	-1,184	0,239				
Estado civil do cuidador	-0,004	-0,041	0,967				
Escolaridade completa	-0,143	-1,593	0,114				
Situação profissional	0,006	0,064	0,949				
Modelo 2			0,373	0,007	0,043	1,093	9,117
Idade do cuidador	-0,104	-1,130	0,261				
Estado civil do cuidador	-0,005	-0,057	0,955				
Escolaridade completa	-0,119	-1,304	0,195				
Situação profissional	0,047	0,496	0,621				
Apoio psicológico do cuidador	-0,068	-0,715	0,476				
Apoio psicológico do portador	0,061	0,649	0,518				
Primeiro diagnóstico de doença crónica	-0,161	-1,790	0,076				
Internamentos	-0,041	-0,447	0,656				
Situação atual	0,105	1,141	0,256				
Modelo 3			$\leq 0,001$	0,256	0,249	4,604	12,114
Idade do cuidador	-0,126	-1,558	0,122				
Estado civil do cuidador	-0,033	-0,400	0,690				

Escolaridade completa	0,138	-1,703	0,091
Situação profissional	-0,068	-0,813	0,418
Apoio psicológico do cuidador	-0,068	-0,813	0,418
Apoio psicológico do portador	-0,013	-0,159	0,874
Primeiro diagnóstico de doença crónica	-0,123	-1,559	0,122
Internamentos	0,009	0,107	0,915
Situação atual	-0,032	-0,393	0,695
Resiliência	0,060	0,617	0,539
Bem-estar subjetivo	0,239	2,531	$\leq 0,001$
Bem-estar espiritual	0,336	3,329	0,013

Diferenças Entre Grupos

Para uma correta realização da ANOVA unifactorial foram analisados os pressupostos da normalidade e da homogeneidade das variâncias. O pressuposto da normalidade foi inicialmente avaliado pelo teste Kolmogorov-Smirnov, contudo, alguns valores do *p-value* não foram significativos ($p < 0,05$), sendo que foi necessário verificar os valores da assimetria e da curtose que demonstraram a existência de uma distribuição normal ($Sk < |3|$; $Ku < |7|$). O pressuposto da homogeneidade foi testado através do Teste Levene, no entanto, os resultados demonstraram que algumas variáveis não detinham homogeneidade entre si. Assim, no teste da ANOVA realizado entre a variável estado atual e as variáveis psicossociais, a variável bem-estar espiritual foi a única em que os valores de homogeneidade se encontravam abaixo de 0,05 ($W = 0,040$), e no teste realizado entre a variável tipo de doença e as variáveis psicossociais, apenas a variável resiliência se situou, no teste Levene, abaixo de 0,05 ($W = 0,002$). Assim, foi necessário realizar a ANOVA unifactorial com a correção do Welch nestas análises em cima citadas (Field, 2013).

Em relação à variável independente estado atual (hospitalizado ($n = 2$), ambulatório ($n = 62$) e alta médica ($n = 63$)) denotam-se diferenças significativas nas variáveis bem-estar espiritual ($F(2,5,559) = 88,907$; $p \leq 0,001$) e bem-estar subjetivo ($F(2,124) = 6,789$; $p = 0,002$), assim, mais pormenorizadamente, como é possível verificar através do quadro 10, na variável dependente bem-estar espiritual, existem diferenças significativas entre as variáveis hospitalizado e ambulatório ($p = 0,013$) e as variáveis hospitalizado e alta médica ($p = 0,007$), na variável dependente bem-estar

subjetivo, existem diferenças significativas entre as variáveis hospitalizado e ambulatorio ($p = 0,006$) e as variáveis hospitalizado e alta médica ($p = 0,002$).

Quadro 9
Teste Tukey HSD

Variável dependente	(I)Situação Atual	(J)Situação Atual	Diferença Média (I-J)	<i>p</i>	Intervalo de Confiança
Bem-estar espiritual	Hospitalizado	Ambulatório	-1,627*	0,013	[-2,97; -0,29]
		Alta médica	-1,752*	0,007	[-3,09; -0,41]
	Ambulatório	Hospitalizado	1,627*	0,013	[0,29; 2,97]
		Alta médica	-0,125	0,648	[-0,46; 0,21]
	Alta médica	Hospitalizado	1,752*	0,007	[0,41; 3,09]
		Ambulatório	0,125	0,648	[-0,21; 0,46]
Bem-estar subjetivo	Hospitalizado	Ambulatório	-1,158*	0,006	[-2,04; -0,28]
		Alta médica	-1,301*	0,002	[-2,18; -0,42]
	Ambulatório	Hospitalizado	1,158*	0,006	[0,28; 2,04]
		Alta médica	-0,142	0,275	[-0,36; 0,08]
	Alta médica	Hospitalizado	1,301*	0,002	[0,42; 2,18]
		Ambulatório	0,142	0,275	[-0,08; 0,36]

Nota. * A diferença média é significativa no nível 0,05.

No que se refere à variável tipo de doença (doenças oncológicas ($n = 12$; 9,4%), diabetes ($n = 31$; 24,4%), doenças pulmonares e respiratórias ($n = 6$; 4,7%), síndromes/doenças raras ($n = 33$; 26%), doenças do sistema nervoso central ($n = 10$; 7,9%), doenças cardiovasculares ($n = 2$; 1,6%), doenças inflamatórias intestinais crônicas ($n = 4$; 3,1%), deficiências físicas ($n = 1$; 0,8%), fibrose cística ($n = 9$; 7,1%), distúrbio do desenvolvimento ($n = 7$; 5,5%), alergias alimentares ($n = 4$; 3,1%), doenças pulmonares e respiratórias e deficiências físicas ($n = 1$; 0,8%), síndromes/doenças raras e epilepsia ($n = 1$; 0,8%), doenças do sistema nervoso central e doenças pulmonares e respiratórias, ($n = 1$; 0,8%) doenças do sistema nervoso central e síndromes/doenças raras ($n = 1$; 0,8%), distúrbio do desenvolvimento e síndromes/doenças raras ($n = 1$; 0,8%), doenças inflamatórias intestinais crônicas e síndromes/doenças raras ($n = 1$; 0,8%), doenças pulmonares e respiratórias e distúrbio do desenvolvimento ($n = 1$; 0,8%), e em estudo ($n = 1$; 0,8%)), não há evidência da existência de diferenças significativas nas variáveis psicossociais.

Discussão

As doenças crônicas na infância comprometem a criança e o seu meio envolvente, como a família mais próxima, causando reações emocionais intensas variáveis de acordo com inúmeros fatores, entre os quais, as normas e os valores culturais e os papéis familiares. A família é o principal suporte da criança, e quando esta possui uma doença crônica dá-se um processo dinâmico e contínuo de construção, desconstrução e reconstrução da vida, dos principais objetivos da mesma, e das crenças dos indivíduos que devido às inúmeras fases da doença, à ansiedade e à impossibilidade de cura, causa repercussões significativas para a vida da criança e da sua família (Pais & Menezes, 2010; Salvador et al., 2015).

Em seguimento, neste estudo, o principal objetivo foi compreender a adaptação dos cuidadores familiares à doença crônica da criança, ou seja, avaliar a manifestação de cada uma das variáveis psicossociais (resiliência, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo e crescimento pós-traumático) nos cuidadores familiares de crianças com doenças crônicas, e avaliar, quais as variáveis demográficas, clínicas e psicossociais que influenciam a manifestação de cada uma delas.

Através dos resultados obtidos neste estudo, na análise descritiva da amostra, foi possível verificar que, de forma geral os participantes apresentaram valores moderados e elevados em todas as variáveis psicossociais avaliadas e nas suas subescalas. Assim, no que se refere à resiliência, os resultados obtidos demonstraram valores elevados na amostra em estudo, estando, estes em conformidade com estudos elaborados anteriormente com familiares de crianças com doenças e deficiências crônicas (Bolaséll et al., 2019; Eusébio, Jorge, & Lopes 2014). Contraditoriamente, no estudo de Bitsika, Sharpley, e Bell, (2013), a resiliência apresentou valores baixos. No que concerne ao bem-estar espiritual, os resultados demonstraram que a amostra em estudo possui níveis moderados, à semelhança dos resultados obtidos nos estudos de Paula e colaboradores (2009) com familiares de crianças com insuficiência renal crônica e no estudo de Alves e colaboradores (2016) com familiares de crianças com doenças oncológicas. No que respeita ao bem-estar subjetivo, este assumiu valores moderados nas dimensões satisfação com a vida e afeto positivo, contudo assumiu valores moderados na dimensão afeto negativo, tendo ido de encontro ao estudo de Almeida (2016), realizado com familiares de crianças com necessidades educativas especiais, no qual, o afeto positivo

obteve valores mais elevados do que as restantes dimensões. Em um outro estudo realizado com pais de crianças com necessidades especiais, foram encontrados níveis igualmente moderados de bem-estar subjetivo (Shenaar-Golan, 2015). Relativamente ao crescimento pós-traumático os valores são moderados, resultados que são contrários ao estudo realizado anteriormente por Hungerbuehler e colaboradores (2011), com as mães e pais de crianças com doença severa em que os valores se demonstraram altos. Denota-se ainda que, os valores mais altos verificaram-se nas dimensões novas possibilidades, força pessoal e apreciação da vida, contrariamente aos resultados obtidos por Behzadi e colaboradores (2018) onde os valores mais altos se observaram nas dimensões apreciação da vida, relação com os outros e mudança espiritual.

Após o diagnóstico de uma doença crónica num familiar em idade pediátrica pressupõe-se o aparecimento, inicialmente, de reações negativas face à doença e ao desconhecido, contudo, com o passar do tempo, com a necessidade de adaptação às diversas fases da doença e com a habituação necessária à mesma, podem começar a surgir reações positivas e adaptativas à doença, entre as quais, a resiliência, o bem-estar espiritual, o bem-estar subjetivo e o crescimento pós-traumático, como resultado da gestão da doença da criança, *coping* adaptativo e resolução de problemas inerentes à doença e às suas consequências. Face a isto, é expectável que os valores destas variáveis sejam moderados a elevados nesta população em específico como forma de *coping* adaptativo na gestão da doença da criança, por parte do cuidador.

No que diz respeito às associações entre algumas variáveis sociodemográficas do cuidador e clínicas do portador da doença crónica e as variáveis psicossociais, foi possível observar associações significativas entre algumas das variáveis em estudo, nomeadamente entre a idade do cuidador e o bem-estar espiritual, a escolaridade completa do cuidador e o crescimento pós-traumático, a situação profissional do cuidador e as variáveis crescimento pós-traumático e bem-estar espiritual, o estado civil do cuidador e o crescimento pós-traumático, e entre a situação atual e as variáveis crescimento pós-traumático e bem-estar espiritual.

Devido ao carácter exploratório deste estudo, procurou-se analisar as relações entre as variáveis psicossociais e algumas variáveis sociodemográficas do cuidador e variáveis clínicas do portador de doença crónica através da elaboração de um modelo explicativo de cada uma das variáveis psicossociais e consequente observação das associações entre as mesmas.

Assim, na primeira regressão, que teve como variável dependente a resiliência, a resiliência foi explicada predominantemente pelo estado civil do cuidador, pelos internamentos devido à doença crónica e pelo bem-estar espiritual. Salienta-se que o estado civil pode ser compreendido como um fator que potencia a perceção de resiliência, e que os indivíduos divorciados e casados apresentam maiores níveis de resiliência, comparativamente aos indivíduos solteiros ou comprometidos sem estarem casados ou em união de facto. Isto pode-se justificar pelo facto de os indivíduos casados terem um/a companheiro/a, que muitas vezes é o principal apoio do cuidador em momentos complicados da sua vida. Ademais, no que concerne aos indivíduos divorciados, é normal que estes apresentem níveis superiores de resiliência, uma vez que, com o divórcio sofreram mudanças significativas na sua vida (Lever & Valdez, 2010; Melo et al., 2020). No que concerne à variável internamentos, um estudo de Santos e Reppold (2014) demonstrou que as mães de crianças internadas na unidade de terapia intensiva apresentavam elevados níveis de resiliência, o que se pode justificar pelo facto das relações estabelecidas nos hospitais em fases de internamentos, com os técnicos de saúde, são importantes na resolução de problemas, na gestão e na adaptação à doença do filho, potenciando, assim, uma maior perceção de resiliência dos cuidadores, mas também das crianças/adolescentes (Figueiredo, Lomba, Loureiro, & Backes, 2020). Relativamente à variável bem-estar espiritual, os resultados deste estudo estão em concordância com os resultados de diversos estudos, nos quais um maior nível de espiritualidade encontra-se associado a um maior nível de resiliência (e.g., Margaça, 2015; Taranu, 2011). Estes resultados podem-se explicar essencialmente pelo facto de a espiritualidade ser vista como um fator associado diretamente à resiliência, ou seja, os níveis de espiritualidade influenciam de uma forma direta os níveis de resiliência (Margaça, 2011). A espiritualidade é, essencialmente, um conjunto de crenças bem definidas que dotam o individuo de recursos, visando a superação de inúmeras adversidades da vida, assim, pressupõe-se que o bem-estar espiritual explique a resiliência, no sentido em que esta é o processo através do qual o individuo enfrenta situações adversas para retomar o seu funcionamento prévio (Chequini, 2007). Salienta-se ainda que, a espiritualidade é um dos fatores essenciais para um ser humano ser resiliente, ou seja, a espiritualidade, juntamente com outros fatores, constrói a resiliência dos indivíduos, e por isso, é expectável que exista uma associação entre ambas, assim, pressupõe-se que um individuo que passa por uma situação adversa (p. ex. diagnóstico de uma doença crónica de um filho, internamentos compulsivos de um

filho, entre outras) aumente o seu nível de espiritualidade, como forma de *coping* para lidar com a situação, e conseqüentemente, os seus níveis de resiliência (Leão, 2017; Taranu, 2011). Segundo outros estudos, a resiliência apresenta-se ainda como um mediador entre a espiritualidade e o bem-estar subjetivo nos pais biológicos de crianças com necessidades especiais, assim, é a resiliência que promove a relação entre a espiritualidade e o bem-estar subjetivo (Dey, Amponsah, & Wiafe-Akenteng, 2019).

Na segunda regressão, que teve como variável dependente o bem-estar espiritual, o modelo foi explicado predominantemente pelas variáveis psicossociais bem-estar subjetivo, resiliência e crescimento pós-traumático corroborando os resultados de outros estudos que defendem que o bem-estar subjetivo, a resiliência e o crescimento pós-traumático explicam o bem-estar espiritual (Calhoun & Tedeschi, 2006; Dey et al., 2019; Roldão, 2014). Neste sentido, e face ao explicado em cima, a espiritualidade associa-se ao bem-estar subjetivo, uma vez que este se define como uma compreensão que as pessoas fazem das suas próprias vidas englobando aspetos emocionais, sentimentais e cognitivos, e tendo em conta diversos fatores, como por exemplo, as realizações pessoais, as preocupações, a espiritualidade e as crenças (Soares, Gutierrez, & Resende, 2020). É ainda importante destacar o estudo de Galea (2014), no qual obtiveram-se resultados que vão de encontro aos deste estudo, ou seja, os níveis de espiritualidade dos participantes estavam correlacionados positivamente com os níveis de bem-estar subjetivo, mais precisamente com os níveis de afeto positivo. Estes autores destacam ainda que foi possível verificar, que eventos importantes na vida dos indivíduos podem tender a um aumento do bem-estar subjetivo, assim como dos níveis de espiritualidade. Quanto ao crescimento pós-traumático, diversos estudos defendem que este está diretamente associado à espiritualidade e vice-versa, no sentido em que, o crescimento que ocorre após o trauma pode incluir a perceção de mudanças positivas na esfera espiritual do indivíduo (p. ex. diversos indivíduos relatam sentimentos de proximidade com Deus, após um evento crítico da sua vida) (Tedeschi, Cann, Taku, Senol-Durak, & Calhoun, 2017). Assim, o crescimento pós-traumático pode incluir também a perceção de uma maior clareza quanto à espiritualidade, através do domínio Mudança Espiritual, uma vez que os sujeitos podem percecionar um maior ou um menor envolvimento com as suas crenças espirituais e/ou religiosas após o confronto com o trauma (Calhoun & Tedeschi, 2006). Posto isto, a espiritualidade é predizida pelo crescimento pós-traumático uma vez que

uma maior compreensão e um maior interesse nesta área surgem após um trauma, e conseqüentemente, após o trauma, surge também um fortalecimento em crenças ligadas à fé a uma entidade superior, como forma de *coping* face à situação outrora vivida (Ramos, 2016).

No que diz respeito à terceira regressão realizada, com o bem-estar subjetivo como variável dependente, demonstrou-se que o bem-estar subjetivo foi explicado predominantemente pelo crescimento traumático e pelo bem-estar espiritual. Salienta-se que o bem-estar subjetivo se define como o bem-estar apresentado pelos indivíduos, tendo em conta as suas avaliações subjetivas no que concerne às suas respostas emocionais e aos julgamentos quanto à sua própria satisfação com a vida (Diener & Ryan, 2009). Ademais, e uma vez que a relação entre o bem-estar subjetivo e o bem-estar espiritual já foi explicada acima, torna-se importante clarificar a sua relação com o crescimento pós-traumático. O bem-estar subjetivo é composto por duas dimensões, uma cognitiva e outra emocional, compostas pela Satisfação com a Vida, e pelos Afetos Positivos e Negativos respetivamente, como já especificado anteriormente. A Satisfação com a Vida, é a dimensão que está diretamente ligada aos níveis de felicidade sentidos e percebidos pelo indivíduo, e estes são fundamentais para a recuperação após o trauma e diminuição do sofrimento, estimulando o desenvolvimento do crescimento pós-traumático (Galinha e Pais-Ribeiro, 2005; Shmotkin, 2005).

No que diz respeito à quarta regressão realizada, a variável dependente selecionada foi o crescimento pós-traumático, e este modelo explicou-se maioritariamente pelo bem-estar subjetivo e pelo bem-estar espiritual. Os resultados referentes à existência de uma associação entre o crescimento pós-traumático e o bem-estar subjetivo estão de acordo com o estudo de King e colaboradores (2000), realizado com pais de crianças com Síndrome de Down. Os resultados obtidos demonstraram uma associação significativa entre o bem-estar subjetivo e o crescimento pós-traumático, uma vez que, segundo os autores, quando o momento adverso passa (neste caso, o diagnóstico da Síndrome do filho), surge o crescimento pós-traumático, e aliado a este, surgem sentimentos de felicidade e de superação, afetos positivos e níveis de satisfação com a vida moderados ou elevados, seja, bem-estar subjetivo.

No que concerne ao bem-estar espiritual, e apesar de já ter sido explicado em cima a associação entre o crescimento pós-traumático e o bem-estar espiritual, é ainda importante acrescentar que o crescimento pós-traumático se define como a percepção de

mudanças psicológicas positiva que advêm de uma experiência adversa e que inclui diversos domínios, um deles, a espiritualidade (Tedeschi et al., 2017). Ademais, sabe-se que o trauma afeta as crenças dos indivíduos sobre a sua vida e sobre o mundo que os rodeia, levando a pensamentos de que a sua existência é insignificante e sem valor. Assim, a espiritualidade surge na vida do indivíduo como um alicerce para a busca de um novo significado após o trauma. Esse significado acarreta uma descoberta constante de forças interiores e mudanças nas crenças outrora existentes, fomentando o crescimento pós-traumático (Carixas, 2020). As crenças espirituais podem então fornecer um auxílio aos indivíduos que passaram por uma situação traumática, no sentido em que permitem a reavaliação de situações ameaçadoras como menos ameaçadoras e mais desafiadoras, refletindo-se em resultados positivos e crescimento interno (Shaw, Joseph, & Linley, 2005).

No que se refere à comparação entre grupos, e em relação à variável independente estado atual do portador (hospitalizado, ambatório e alta médica), verificaram-se diferenças entre os grupos quanto ao bem-estar espiritual e ao bem-estar subjetivo. Os cuidadores cujo/a filho/a se encontrava hospitalizado apresentaram menor bem-estar espiritual e bem-estar subjetivo, em comparação com os cuidadores cujos/as filhos/ se encontravam em ambatório ou em alta médica, destacando que a alta média obteve os maiores valores. No que respeita ao bem-estar espiritual, este é compreendido como uma forma de alívio da dor e do sofrimento e conseqüentemente com um alicerce que conduz ao crescimento de sentimentos de esperança e expectativas quanto a melhorias rápidas e possibilidades de cura, esta ampara e fortalece as mães quando se dá a hospitalização de um filho, no sentido em que auxilia a reduzir o sofrimento das mesmas (Figueiredo et al., 2013; Pêgo & Barros, 2017). A hospitalização, cria sentimentos de angústia e stress nas crianças, mas também na sua família e principais cuidadores, estendendo-se pelo menos durante 60 dias após a alta médica (Leidy, 2005). A alta médica é inúmeras vezes associada a este tipo de sentimentos devido à incerteza, responsabilidade acrescida e muitas vezes inexperiência dos cuidadores familiares, conduzindo-os a relatar perturbações alimentares, ansiedade de separação, apatia e preocupação excessiva e descontrolada com o estado de saúde da criança (Pinto, Mandetta, & Ribeiro, 2015). Os pais/cuidadores familiares, relatam ainda que, recorrem à espiritualidade como estratégia para lidar com as situações de incerteza e stress inerentes à doença e às suas fases (Beck & Lopes, 2007; Silveira & Neves, 2012), e

devido a isso, compreendem-se os valores de bem-estar espiritual elevados. Salienta-se ainda que, não foram encontrados estudos que corroborassem os resultados deste estudo quanto ao bem-estar subjetivo e ao estado atual do portador.

Na comparação entre grupos, foi ainda analisada a variável tipo de doença com as variáveis psicossociais supramencionadas, contudo, não foram verificadas diferenças significativas entre os diferentes tipos de doenças, justificando-se, este resultado, tendo em conta a amostra heterogénea quanto ao tipo de doença. Assim, são recomendados, futuramente, estudos com uma maior representatividade de cada tipo de doença.

Limitações

Ao longo desta investigação foram detetadas algumas limitações que consequentemente podem ter condicionado os resultados do estudo. Primeiramente, é de se referir que esta amostra é reduzida e que é homogénea no que concerne ao género (maioritariamente mulheres), limitando a generalização dos resultados para a população portuguesa de cuidadores de crianças com doenças crónicas. Outra limitação a apontar é o facto de este estudo ter tido um carácter transversal e não longitudinal, uma vez que não foi possível avaliar as eventuais diferenças na manifestação das variáveis ao longo do tempo. Neste sentido, torna-se pertinente, futuramente estudar a mesma população, num estudo longitudinal, com igual representatividade de homens e mulheres, com uma maior amostra, e com uma maior representatividade dos diferentes tipos de doença crónica, para que seja possível generalizar os resultados do mesmo à população portuguesa. É ainda importante referir, outras limitações encontradas: a baixa variância explicada nos modelos de regressão, sendo então necessário, futuramente elaborar estudos com outras variáveis psicossociais (p. ex. qualidade de vida, ajustamento psicossocial) visando a melhoria do modelo, a inexistência de um modelo teórico que explique a relação entre as quatro variáveis psicossociais utilizadas no estudo, o que pode ter condicionado a explicação teórica das relações entre as variáveis em estudo, e ainda a inexistência do último item da subescala Afeto Negativo neste estudo.

A realização deste estudo foi ainda condicionada pela situação de pandemia em que Portugal entrou em março de 2020 devido à pandemia COVID-19. Este, inicialmente iria ser realizado no Serviço de Pediatria do IPO Lisboa de forma presencial, e devido à pandemia foi necessário reformular o estudo, e clamar a participação dos cuidadores familiares de crianças com doenças crónicas via *online*

através das redes sociais. Porém, este vírus parece gerar maior preocupação na população que detêm doenças crônicas ou que detêm familiares com doenças crônicas, motivada pelo risco elevado de doença grave, e devido a isso, pode-se inferir que a população deste estudo se encontrava especialmente preocupada e focada nas informações sobre o vírus e sobre a propagação do mesmo, levando a uma menor disponibilidade para responder a questionários online.

Considerações Finais

Neste estudo procurou-se compreender a adaptação dos cuidadores familiares à doença crônica da criança, avaliando a manifestação de cada uma das variáveis psicossociais (resiliência, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo e crescimento pós-traumático) nos cuidadores familiares de crianças com doenças crônicas. Destaca-se que foi possível cumprir todos os objetivos inicialmente propostos.

Apesar das limitações acima mencionadas, este estudo revela-se importante na área das doenças crônicas pediátricas uma vez que não existe evidencia científica sobre o estudo deste conjunto de variáveis na população de cuidadores familiares de crianças com doenças crônicas, e, salienta-se que também não existem muitos estudos que abordem os cuidadores familiares de crianças, focando-se maioritariamente nos cuidadores familiares de idosos. Ademais, após as comparações efetuadas, é visível a forma como as variáveis psicossociais se relacionam entre si e entre outros tipos de variáveis (p. ex. variáveis clínicas), permitindo compreender também a sua relevância e predominância nesta população em específico e a criação futura de um modelo teórico que compreenda as variáveis psicossociais estudadas.

Assim, torna-se pertinente salientar a importância e a contribuição de todas as variáveis estudadas para o surgimento das variáveis psicossociais em pais cuidadores de crianças com doenças crônicas, assim: o estado civil do cuidador, o internamento do portador e a existência de bem-estar espiritual são variáveis que predizem o surgimento de sentimentos de resiliência, o bem-estar subjetivo, o crescimento pós-traumático e a resiliência contribuem para o aparecimento de sentimentos de bem-estar espiritual, assim como o crescimento pós-traumático e o bem-estar espiritual predizem o bem-estar subjetivo, e ainda se destaca a contribuição do bem-estar subjetivo e do bem-estar espiritual para o surgimento e evolução do crescimento pós-traumático. Em suma, e em seguimento dos resultados obtidos neste estudo, é possível evidenciar que os cuidadores de crianças com doenças crônicas tendem a manifestar ajustamento psicossocial na gestão da situação de doença, resultando na percepção de resiliência, espiritualidade, bem-estar subjetivo, e crescimento pós-traumático

O diagnóstico de uma doença crónica numa criança traduz-se, nos indivíduos mais próximos à mesma, em sentimentos de incerteza e de angústia, porém, esses sentimentos acentuam-se quando o indivíduo é o principal cuidador, uma vez que com este papel surgem inúmeras responsabilidades e diversas adaptações às várias fases da doença, assim, torna-se necessário um acompanhamento psicoterapêutico, dos cuidadores familiares das crianças e das mesmas, desde o diagnóstico da doença até à alta médica, de uma forma sistemática, e após a alta médica, de uma forma ocasional, mantendo sempre o contacto com a criança e com a respetiva família, em que: se compreendam as inseguranças e as reações dos mesmos à doença do familiar, face às alterações constantes nas rotinas e às incertezas muitas vezes inerentes aos tratamentos e ao estado de saúde da criança; exista uma atenção reforçada na possibilidade da vivência de patologias depressivas e de ansiedade após o diagnóstico e durante os tratamentos; fomente-se mudanças nas conceções sobre a doença e sobre a forma adequada a lidar com a mesma; e se auxilie na validação da perceção de mudanças positivas após a doença (p. ex. resiliência, bem-estar espiritual, bem-estar subjetivo e crescimento pós-traumático), facilitando deste modo a organização emocional e psicológica dos indivíduos cuidadores familiares.

Referências

- Albuquerque, J. D., Silva, J. D., Ferreira, F. A. R., Costa Junior, C. D., & Saldanha, A. A. W. (2009). Resiliência e Qualidade de Vida de Mães de Criança com Câncer. *Trabalho apresentado*, (15).
- Almeida, L. F. C. D. (2016). *Famílias de crianças com necessidades educativas especiais: Bem-estar subjetivo e satisfação com a intervenção precoce*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial - Domínio Cognitivo e Motor. Escola Superior de Educação de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Almeida, M. I., Molina, R. C. M., Vieira, T. M. M., Higarashi, I. H., & Marcon, S. S. (2006). O ser mãe de criança com doença crônica: realizando cuidados complexos. *Escola Anna Nery*, 10 (1), 36-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000100005>.
- Alves, D. A., Silva, L. G., Araújo Delmondes, G., Lemos, I. C. S., Kerntopf, M. R., & Albuquerque, G. A. (2016). Cuidador de criança com câncer: religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento. *Revista Cuidarte*, 7 (2), 1318-1324. doi: 10.15649/cuidarte.v7i2.336.
- Anderson, E., & Durstine, J. L. (2019). *Physical Activity, Exercise, and Chronic Diseases: A Brief Review*. *Sports Medicine and Health Science*. doi: 10.1016/j.smhs.2019.08.006.
- Araújo, Y. B., Collet, N., de Moura, F. M., & da Nóbrega, R. D. (2009). Conhecimento da Família Acerca da Condição Crônica na Infância. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18 (3), 498-505.
- Beck, A. R. M., & Lopes, M. H. B. D. M. (2007). Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (6), 670-675. 10.1590/S0034-71672007000600010.
- Behzadi, M., Rassouli, M., Mojen, L. K., Pourhoseingholi, M. A., & Karahroudy, F. A. (2018). Posttraumatic Growth and Its Dimensions in the Mothers of Children with Cancer. *International journal of community based nursing and midwifery*, 6 (3), 209.
- Bitsika, V., Sharpley, C. F., & Bell, R. (2013). The buffering effect of resilience upon stress, anxiety and depression in parents of a child with an autism spectrum disorder. *Journal*

of Developmental and Physical Disabilities, 25 (5), 533-543. doi: 10.1007/s10882-013-9333-5.

- Boaventura, C. T., & Araujo, T. C. C. F. (2012). Estresse pós-traumático da criança sobrevivente de câncer e sua percepção acerca da experiência parental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17 (2), 283-290. doi: 10.1590/S1413-294X2012000200012.
- Bolaséll, L. T., Silva, C. S., & Wendling, M. I. (2019). Resiliência familiar no tratamento de doenças crônicas em um hospital pediátrico: relato de três casos. *Pensando famílias*, 23 (2), 134-146.
- Booker, C., & Sacker, A. (2011). Limiting long-term illness and subjective well-being in families. *Longitudinal and Life Course Studies*, 3 (1), 41-65.
- Caçador, A. F. S. (2018). *Doença crónica em crianças e adolescentes e a adaptação escolar*. Dissertação de Mestrado em Intervenção Psicológica, Educação e Desenvolvimento Humano. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade do Porto, Porto.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.). (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Carixas, I. M. S. (2020). *O papel da espiritualidade e da religiosidade no crescimento pós-traumático, em doentes oncológicos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas e da Vida, Lisboa.
- Castellano-Tejedor, C., Blasco-Blasco, T., Pérez-Campdepadrós, M., & Capdevila, L. (2014). Making sense of resilience: a review from the field of paediatric psycho-oncology and a proposal of a model for its study. *Anales de Psicología*, 30 (3), 865-877. doi: 10.6018/analesps.30.3.154581.
- Castro, E. K. D., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15 (3), 625-635. doi: 10.1590/S0102-79722002000300016.
- Chequini, M. C. M. (2007). A relevância da espiritualidade no processo de resiliência. *Psicologia Revista*, 16 (1/2), 93-117.
- Coletto, M., & Câmara, S. (2009). Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto do cuidador. *Diversitas: Perspectivas em Psicologia*, 5 (1), 97-110.

- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual review of clinical psychology*, 8, 455-480. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108.
- Dey, N. E. Y., Amponsah, B., & Wiafe-Akenteng, C. B. (2019). Spirituality and subjective well-being of Ghanaian parents of children with special needs: The mediating role of resilience. *Journal of Health Psychology*, 1-12. doi: 10.1177/1359105319873956.
- Diener, E. & Ryan, K. (2009). Subjective Well-Being: A General Overview. *South African Journal of Psychology*, 39 (4), 391-406. doi: 10.1177/008124630903900402.
- Eusébio, S. A. M. P., Jorge, A. M., & Lopes, F. M. T. (2014) Resiliência das famílias com filhos deficientes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 17-24. doi: 10.17060/ijodaep.2014.n1.v1.360.
- Ferreira, H. P. (2010). *O impacto da doença crônica do cuidador* (Dissertação de Mestrado).
- Field, A., 2013. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. (4 ed.) London: SAGE.
- Figueiras, T., Santana, P., Corte-Real, N., Dias, C., Brustad, R., & Fonseca, A. M. (2010). Análise da estrutura factorial e da invariância da versão portuguesa da Satisfaction With Life Scale (SWLSp) quando aplicada a adultos de ambos os sexos. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 10 (3), 11-30. doi: 10.5628/rpcd.10.03.11.
- Figueiredo, A. M., Lomba, M. L., Loureiro, L. M., & Backes, D. S. (2020). A resiliência de adolescentes com doença crónica: O papel do enfermeiro na sua promoção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (2). doi:10.12707/RV20008.
- Figueiredo, S. V., Gomes, I. L. V., dos Santos Pennafort, V. P., Monteiro, A. R. M., & Figueiredo, J. V. (2013). Sentimentos de mães atribuídos à hospitalização de um filho. *Cogitare Enfermagem*, 18 (3). doi: 10.5380/ce.v18i3.33571.
- Fonseca, C. C. D. (2011). *Crescimento Pós-Traumático: O impacto de falar sobre os aspectos positivos de uma experiência traumática*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade de Psicologia – Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Galea, M. (2014). The relationship of personality, spirituality and posttraumatic growth to subjective wellbeing. *Open Access Library Journal*, 1 (8), 1-10. doi: 10.4236/oalib.1101069.

- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Estudo psicométrico. *Análise psicológica*, 23 (2), 219-227.
- Gonçalves, O. L., Ferreira, C. B., Zanini, D. S., Vasconcelos, C. L. B., & Gonçalves, S. S. S. (2015). Coping em pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde. *Revista da SPAGESP*, 16 (1), 107-121.
- Gouveia, M. J., Marques, M., & Ribeiro, J. L. P. (2009). Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, saúde & doenças*, 10 (2), 285-293. doi: 10400.12/1095.
- Guimarães, C. A., & Lipp, M. E. N. (2011). Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 13 (2).
- Hilkner, S., Medeiros Beck, A. R., Tanaka, E., & Dini, A. P. (2019). Perceptions of siblings of children hospitalized due to chronic disease. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (20). doi: 10.12707/RIV18074.
- Hungerbuehler, I., Vollrath, M. E., & Landolt, M. A. (2011). Posttraumatic growth in mothers and fathers of children with severe illnesses. *Journal of Health Psychology*, 16 (8), 1259-1267. doi: 10.1177/1359105311405872.
- King, L. A., Scollon, C. K., Ramsey, C., & Williams, T. (2000). Stories of life transition: Subjective well-being and ego development in parents of children with Down Syndrome. *Journal of Research in Personality*, 34 (4), 509-536. doi: 10.1006/jrpe.2000.2285.
- Leão, E. M. S. F. (2011). *Novas perspectivas entre resiliência e espiritualidade através de escalas psicológicas*. Dissertação de Pós-Graduação em Psicologia Social. Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Leidy, N. K., (2005). The Impact of Severe Respiratory Syncytial Virus on the Child, Caregiver, and Family During Hospitalization and Recovery. *Pediatrics*, 115 (6), 1536–1546. doi: 10.1542/peds.2004-1149.
- Leite, M. F., Gomes, I. P., Morais, J. D., & Collet, N. (2015). Impacto na vida de mães cuidadoras de crianças com doença crônica. *Revista Enfermagem UERJ*, 23 (4), 501-506. doi: 10.12957/reuerj.2015.4966.

- Lever, J. P., & Valdez, N. E. G. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27 (1), 7-22.
- Lima, G. & Nascimento, N. (2017). Oncologia: cuidados paliativos aos pacientes oncológicos. *Temas em saúde*, 17 (1), 281-331.
- Lima, J. B., & de Araújo, T. C. C. F. (2012). Avaliação de resiliência: Um estudo exploratório com pacientes oncológicos. *Psicologia Argumento*, 30 (68). doi: 10.7213/psicolargum.v30i68.20357.
- Lin, F. Y., Rong, J. R., & Lee, T. Y. (2013). Resilience among caregivers of children with chronic conditions: a concept analysis. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 323. doi: 10.2147/JMDH.S46830.
- Lopes, K. C. (2014). *O bem-estar espiritual e resiliência em doentes oncológicos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa.
- Lourenção, A. D. M., Andreoli, A. C., Mariano, E. B., Bataiola, M. H., & Bonifacio, W. D. S. (2015). O bem-estar subjetivo em pacientes portadores de doenças graves e seus familiares.
- Margaça, C. M. F. (2015). *Religiosidade e Espiritualidade como fatores promotores de Coping Resiliente na adultez e na velhice*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade da Beira Interior de Ciências Sociais e Humanas, Covilhã.
- Marôco, J., 2007. *Análise Estatística Com Utilização Do SPSS*. (3 ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J., 2014. *Análise Estatística com SPSS Statistics*. (6 ed). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Melo, C. D. F., Vasconcelos Filho, J. E. D., Teófilo, M. B., Suliano, A. M., Cisne, É. C., & Freitas Filho, R. A. D. (2020). Resiliência: Uma Análise a Partir das Características Sociodemográficas da População Brasileira. *Psico-USF*, 25 (1), 139-154. doi: 10.1590/1413-82712020250112.
- Moreira, M. C. N., Gomes, R., & Sá, M. R. C. D. (2014). Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 2083-2094. doi: 10.1590/1413-81232014197.20122013.

- Nacional Center for Disease Prevention and Health Promotion. (2019). About Chronic Diseases [online] Disponível em: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm> [Acesso a 7 de Maio de 2020].
- Ng Deep, C., & Leal, I. (2012). Adaptação da “The Resilience Scale” para a população adulta portuguesa. *Psicologia USP*, 23 (2), 417-433. doi: 0.1590/S0103-65642012005000008.
- Pais, S. C., & Menezes, I. (2010). A experiência de vida de crianças e jovens com doença crónica e suas famílias: o papel das associações de apoio no seu empoderamento.
- Paro, D., Paro, J., & Ferreira, D. L. (2005). O enfermeiro e o cuidar em oncologia pediátrica. *Arq Ciênc Saúde*, 12 (3), 151-7. doi: 10.22410/issn.2176-3070.v9i3a2017.1511.
- Paula, É. S. D., Nascimento, L. C., & Rocha, S. M. M. (2009). Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (1), 100-106. doi: 10.1590/S0034-71672009000100015.
- Pêgo, C. O., & Barros, M. M. A. (2017). Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: expectativas e sentimentos dos pais da criança gravemente enferma. *Rev. bras. ciênc. saúde*, 11-20. doi: 10.4034/RBCS.2017.21.01.02.
- Perrin, J. M., Anderson, L. E., & Van Cleave, J. (2014). The rise in chronic conditions among infants, children, and youth can be met with continued health system innovations. *Health Affairs*, 33 (12), 2099-2105. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0832.
- Picoraro, J. A., Womer, J. W., Kazak, A. E., & Feudtner, C. (2014). *Posttraumatic Growth in Parents and Pediatric Patients. Journal of Palliative Medicine*, 17 (2), 209–218. doi: 10.1089/jpm.2013.0280.
- Pinto, J. P., Mandetta, M. A., & Ribeiro, C. A. (2015). A família vivenciando o processo de recuperação da criança pós-alta hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68 (4), 594-602. doi: 10.1590/0034-7167.2015680404i.
- Pinto, C., & Ribeiro, J. L. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 28 (1), 49-56.
- Piran, P., Khademi, Z., Tayari, N., & Mansouri, N. (2017). Caregiving burden of children with chronic diseases. *Electronic physician*, 9 (9), 5380. doi: 10.19082/5380.
- Ramos, A. C. M. B. (2016). *Crescimento pós-traumático e crenças centrais em mulheres com cancro da mama: um programa de intervenção*. Dissertação de Doutorado em

Psicologia da Saúde. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa.

- Ramos, C., Leal, I., Marôco, A. L., & Tedeschi, R. G. (2016). The Posttraumatic Growth Inventory: Factor Structure and Invariance in a Sample of Breast Cancer Patients and in a Non-Clinical Sample. *The Spanish journal of psychology*, *19*, E64. doi: 10.1017/sjp.2016.65.
- Roldão, L. I. F. (2015). *Espiritualidade e bem-estar subjetivo em familiares cuidadores e idosos com dependência física*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Avançada. Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Rolland, J. S., & Walsh, F. (2006). *Facilitating family resilience with childhood illness and disability*. *Current Opinion in Pediatrics*, *18* (5), 527–538. doi: 10.1097/01.mop.0000245354.83454.68.
- Salvador, M. D. S., Gomes, G. C., Oliveira, P. K., Gomes, V. L. O., Busanello, J., & Xavier, D. M. (2015). Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crônicas. *Texto & Contexto de Enfermagem*, *24* (3), 662-9. doi: 10.1590/0104-07072015000300014.
- Santos, C. Q. D., & Figueiredo, M. D. C. B. (2013). Experiências dos familiares no processo de adaptação à doença oncológica na criança. *Revista de enfermagem Referência*, (9), 55-65. doi: 10.12707/RIII1283.
- Santos, E. M. A. L., & Reppold, C. T. (2014). Estudo sobre resiliência de mães em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Contextos Clínicos*, *7* (2), 229-239. doi: <https://doi.org/10.4013/ctc.2014.72.10>.
- Santos, S. I. (2012). *Factores sociodemográficos que influenciam a resiliência: estudo comparativo com pais de crianças com e sem doença*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Santos, T. F. R. D. (2014). *Saúde mental e bem-estar espiritual da pessoa com doença oncológica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Superior de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- Shaw, A., Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*, *8* (1), 1-11. doi: 10.1080/1367467032000157981.

- Shenaar-Golan, V. (2015). Hope and subjective well-being among parents of children with special needs. *Child & family social work*, 22 (1), 306-316. doi: 10.1111/cfs.12241.
- Shmotkin, D. (2005). Happiness in the face of adversity: Reformulating the dynamic and modular bases of subjective well-being. *Review of General Psychology*, 9 (4), 291-325. doi: 10.1037/1089-2680.9.4.291.
- Silva, C. M. C. D. (2009). *A pessoa que cuida da criança com cancro*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Silva, F. A. C., Andrade, P. R., Barbosa, T. R., Hoffmann, M. V., & Macedo, C. R. (2009). Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13 (2), 334-41. doi: 10.1590/S1414-81452009000200014.
- Silva, I. M. D. D. (2014). *Estudo comparativo sobre o bem-estar subjetivo em pacientes oncológicos, familiares e população em geral*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Aconselhamento e Psicoterapia. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Escola de Psicologia e Ciências da Vida.
- Silva, M. S. D., Kimura, M., Stelmach, R., & Santos, V. L. C. D. G. (2009). Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (2), 1187-1192. doi: 10.1590/S0080-62342009000600007.
- Silva, S., Moreira, H., Pinto, S., & Canavarro, M. C. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 28 (2), 105-133.
- Silveira, A., & Neves, E. T. (2012). Crianças com necessidades especiais em saúde: cuidado familiar na preservação da vida. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11 (1), 74-80. doi: 10.4025/ciencucuidaude.v11i1.18861.
- Soares, A. F., Gutierrez, D. M. D., & Resende, G. C. (2020). A satisfação com a vida, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico em estudos com pessoas idosas. *GIGAPP Estudios Working Papers*, 154 (7), 275-291.

- Taranu, O. (2011). *Estudo da relação entre resiliência e espiritualidade numa amostra portuguesa*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., & Calhoun, L. G. (2017). The posttraumatic growth inventory: A revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress, 30* (1), 11-18. doi: 10.1002/jts.22155.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress, 9* (3), 455-471. doi: 10.1002/jts.2490090305.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15* (1), 1-18. doi: 10.1207/s15327965pli1501_01.
- Toffalini, E., Veltri, A., & Cornoldi, C. (2015). *Metacognitive aspects influence subjective well-being in parents of children with cancer*. *Psycho-Oncology, 24* (2), 175–180. doi: 10.1002/pon.3622.
- Torpy, J. M., Campbell, A., Glass R. M. (2010). Chronic Diseases of Children. *JAMA. 303* (7). 682. doi: 10.1001/jama.303.7.682
- Vasconcelos, A. D. O., Batista, V. C., Back, I. R., Miguel, M. E. G. B., Marquete, V. F., & Marcon, S. S. (2019). Avaliação da resiliência de pessoas com condições crônicas e cuidadores. *Rev. enferm. UFPE online, 690-696*. doi: 10.5205/1981-8963-v13i03a239188p690-696-2019.
- Vieira, M. A., Lima R. A. G. (2002) Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Rev Latino-am Enfermagem, 10* (4), 552-60. doi: 10.1590/S0104-11692002000400013.
- Vilhena, E., Ribeiro, J. L. P., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., ... & Mendonça, D. (2014). Factores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crônicas. *Psicologia, Saúde & Doenças, 15* (1), 219-232. doi: 10.15309/14psd150118.
- Vitorino, L. M., Lopes-Júnior, L. C., de Oliveira, G. H., Tenaglia, M., Brunheroto, A., Cortez, P. J. O., & Lucchetti, G. (2018). *Spiritual and religious coping and depression among*

family caregivers of pediatric cancer patients in Latin America. Psycho-Oncology, 27 (8), 1900–1907. doi: 10.1002/pon.4739.

Wechsler, A. M., Sartorelli, J. L., Pereira, B. F. G., & Paro, B. L. (2017). Fatores contribuintes para a resiliência de adolescentes com câncer: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças, 18* (3), 724-738. doi: 10.15309/17psd180308.

Anexos

Anexo A) Autorização formal para a realização do estudo no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E. (IPO Lisboa);

Caros membros da Unidade de Investigação Clínica do IPO de Lisboa – Instituto Português de Oncologia de Lisboa,

Somos alunas do ISPA – Instituto Universitário, Inês Pereira e Ana Romano, e frequentamos o 5º ano do Mestrado de Psicologia da Saúde. Vimos por este meio, pedir a colaboração do IPO para um estudo no âmbito da Dissertação de Mestrado sob a orientação da Prof. Doutora Catarina Ramos, cujo foco populacional são os pais de crianças com doenças oncológicas.

O objetivo principal desta investigação é avaliar o impacto que uma doença oncológica, nos filhos, pode ter na vida dos seus pais ao nível da Capacidade de Resiliência, Espiritualidade, Crescimento Pós-Traumático, Bem-Estar Subjetivo, Coping Familiar e Caregiver Burden. É um estudo quantitativo, cujo procedimento centra-se no preenchimento, por parte dos pais, de algumas escalas para a avaliação das respectivas variáveis. Adicionalmente, e apenas mediante a autorização dos pais e da instituição, estão previstas breves entrevistas com as crianças. Salientamos que os pais podem desistir da participação no estudo a qualquer momento, que os dados revelados são totalmente anónimos e confidenciais e que a sua utilização é exclusiva da presente investigação.

Apelamos à importância deste estudo, o qual permitirá uma compreensão mais aprofundada e mais estruturada de como o cancro pediátrico é vivenciado por parte dos pais e dos filhos portadores da doença.

Para mais informações, e quaisquer dúvidas deixamos os nossos contatos:
Inês Pereira - email inescardiap@hotmail.com; Telm: 919588990;

Ana Romano – email anaemgr@hotmail.com; Telem 910924481.

Agradecemos, desde já, a atenção dispensada, aguardando resposta.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Inês Pereira e Ana Romano.

Anexo B) Autorização formal para a utilização da Escala de Resiliência adaptada para a população portuguesa;

Re: Autorização para Utilização de uma Escala



cláudia Deep <claudiangdeep@gmail.com>

07/10/2019 19:36



Para: Inês Cardia P.

Olá Inês,
Autorizado.
Cdeep

Inês Cardia P. <inescardiap@hotmail.com> escreveu no dia terça, 1/10/2019 à(s) 23:22:

Exma. Dra. Cláudia Alexandra Ferreira de Carvalho Ng Deep,

Sou aluna do ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada, no último ano do Mestrado em Psicologia da Saúde, e venho por este meio, pedir a autorização sua autorização para o uso da escala adaptada por si e pela Dra. Isabel Pereira Leal, para a população adulta portuguesa, “The Resilience Scale” (2012), no âmbito da minha dissertação de mestrado cujo tema vai incidir sobre os pais de crianças portadoras de doenças oncológicas.

Aguardo resposta, e se possível, alguma informação que ache relevante.

Agradecida pela atenção, Inês Pereira.

Anexo C) Autorização formal para a utilização do Questionário de Bem-Estar Espiritual validado para a população portuguesa;



Maria João Gouveia <mjgouveia@ispa.pt>

05/06/2019 12:50



Para: Inês Cardia P.



QUESTIONÁRIO...
16,98 KB

Olá Inês

Aqui vai.

Atenção para o seguinte:

Os resultados do 1º estudo de validação estão publicados na revista *Psicologia, Saúde e Doenças* (Gouveia, M.J., Marques, M., & Pais-Ribeiro, J.L. (2009). *Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura fatorial. Psicologia, Saúde e Doenças 10(2), 285-293.*

Outros dados de validação estão igualmente disponíveis em (Gouveia, M.J., Pais-Ribeiro, J.L., & Marques, M. (2012).

Estudo da invariância fatorial do Questionário de Bem-Estar Espiritual em praticantes de Atividades Físicas de Inspiração Oriental. Psychology, Community & Health, 2, 140-150).

Ambas as revistas estão acessíveis, em texto integral, através da Scielo. O artigo com a validação da estrutura hierárquica está submetido para publicação.

As instruções de cotação estão disponíveis nesses artigos e resultam da média dos 5 itens de cada uma das 4 subescalas (pessoal, comunitária, ambiental e transcendental). Pode também calcular-se um score global.

Personal swb (pessoal) - itens 5, 9, 14, 16, 18

Communal swb (comunitária) - itens 1, 3, 8, 17, 19

Environmental swb (ambiental) - itens 4, 7, 10, 12, 20

Transcendental swb (transcendental) - itens 2, 6, 11, 13, 15.

O item 1 pode também ser substituído, sem perda de validade, por "Amor pelos outros".

O instrumento tem sido utilizado em diferentes amostras em Portugal e em outros países de língua portuguesa. Os resultados têm sido globalmente adequados, excepto em populações idosas para o qual o instrumento não parece ser ainda suficientemente válido, nesta estrutura. Nesse sentido deve ser utilizado com reserva neste tipo de população. Alerta ainda para o facto deste instrumento, apesar da sua designação, por si só não avaliar bem-estar mas ser antes uma medida disposicional de representação sobre o construto.

Podes assumir este email como autorização para utilização da escala que anexo na sua versão mais atual. Podes fazer referencia à publicação de 2009 ou à minha tese de doutoramento de 2011.

Bom trabalho

MJ

Anexo D) Autorização formal para a utilização da Escala de Satisfação com a Vida adaptada para a população portuguesa;



Teresa Paula Dias Figueiras <tfigueiras@ismai.pt>

31/10/2019 15:32

Para: Inês Cardia P.

Cara Inês,

Aqui vai a versão portuguesa da SWLS. Quem é que a está orientar?

Esta escala está validada para a população adulta.

É muito simples. Importa que as pessoas estejam tranquilas a responder.

Espero que tudo corra bem e que tenha oportunidade de me fazer chegar um feedback.

Com os melhores cumprimentos,

Teresa Figueiras (PhD)

Instituto Universitário da Maia – ISMAI

University Institute of Maia

tfigueiras@docentes.ismai.pt

Tel: +351 229 866 000 (Ext. 1730)

Av. Carlos Oliveira Campos

4475-690 Avioso S. Pedro

Castêlo da Maia



Anexo E) Autorização formal para a utilização da Escala PANAS – Versão Portuguesa, adaptada para a população portuguesa;



Iolanda Costa Galinha <igalinha@autonoma.pt>

18/10/2019 12:55



Para: Inês Cardia P.

[Guardar todos os anexos](#)



PANAS I.pdf
47,78 KB



PANAS II.pdf
42,73 KB



PANAS VRP 2014.pdf
808,49 KB

Cara Inês.

Autorizo a utilização da PANAS, nas suas várias versões, e desejo-lhe um excelente trabalho.

Envio os artigos de validação em anexo.

Com os meus cumprimentos.

Iolanda Costa Galinha

Professora Associada em Psicologia - Universidade Autónoma de Lisboa

<https://scholar.google.com/citations?user=DPTz6wYAAAAJ&hl=en>

Anexo F) Autorização formal para a utilização do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático – PTGI, adaptado para a população portuguesa;



Sónia Silva <soniaimsilva@gmail.com>

23/10/2019 23:24



Para: Inês Cardia P.; Maria Canavarro

[Guardar todos os anexos](#)



Exma. Senhora
Dra. Inês Cardia

Começo por agradecer o seu contacto e felicitar pelo interesse nesta área e neste tema em particular.

Na sequência do e-mail infra, através do qual solicita autorização para utilização do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (PTGI), venho autorizar a utilização do mesmo para os fins referidos, solicitando, no entanto, o preenchimento dos dados relativos à identificação do investigador e caracterização da investigação em curso, através do link <http://www.fpce.uc.pt/saude/PTGI.html>

De qualquer das formas, aproveito, desde já, para remeter materiais que poderão ser do interesse, nomeadamente a versão do PTGI que a nossa equipa tem utilizado em mulheres com cancro da mama, bem como o artigo que publicámos com os resultados da validação do instrumento nesta mesma população. Envio também a sintaxe em SPSS para a cotação do PTGI, de acordo com a estrutura fatorial encontrada no nosso estudo de validação (chamo a atenção que é distinta da original, de Tedeschi & Calhoun, 1996).

Reforço, novamente o agradecimento pelo contacto e faço votos de muito sucesso para o trabalho que se propõe realizar.

Disponibilizando-me para apoiar em algum aspeto que considere que possa ser útil, deixo os meus melhores cumprimentos,

Anexo G) Consentimento Informado;



Esta investigação, na qual está a participar, acerca das doenças crónicas pediátricas, pretende compreender alguns dos fatores associados à adaptação das crianças e dos pais das mesmas, aquando portadoras de doenças crónicas. Pretende-se recolher informação que possa, futuramente, contribuir para uma melhoria da intervenção junto das famílias por parte dos profissionais de saúde e de instituições de apoio e acolhimento.

Este é um projeto de investigação no âmbito das teses de Mestrado em Psicologia da Saúde do ISPA-IU sob a orientação da Professora Doutora Catarina Ramos e coordenação da Professora Doutora Isabel Leal, sendo que a responsabilidade do tratamento dos dados é da exclusiva responsabilidade dos investigadores envolvidos.

Este projeto de investigação, de participação voluntária, consiste no preenchimento de um questionário sociodemográfico, bem como outros questionários de autopreenchimento, cujo preenchimento demora cerca de 20 minutos.

Os investigadores deste projeto comprometem-se a garantir total confidencialidade e anonimato sobre os dados e a utilizar os dados fornecidos pelos participantes somente para fins de investigação.

Alguma questão adicional ou caso pretenda receber os resultados do estudo, por favor contacte-nos. **Contacto dos investigadores:** Responsáveis do Projeto: Ana Romano (anaemgr@hotmail.com) e Inês Pereira (inescardiap@hotmail.com); Coordenadora do Projeto: Professora Doutora Catarina Ramos (aramos@ispa.pt)

Eu, _____, declaro ter compreendido os objetivos deste estudo, e que me foram esclarecidas todas as questões e ACEITO/NÃO ACEITO (riscar a que não interessa) participar no presente estudo.

Assinatura do/a Cuidador(a): _____

Data: _____

Anexo H) Questionário Sociodemográfico e Clínico;

Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

Dados pessoais

-
1. Idade: _____
2. Data de Nascimento: ____/____/____
3. Género: Feminino Masculino
4. Nacionalidade:

5. Localidade:

6. Escolaridade completa:
- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não sabe ler/nem escrever 7º- | <input type="checkbox"/> 9º anos | <input type="checkbox"/> Mestrado |
| <input type="checkbox"/> 1º-4º anos | <input type="checkbox"/> 10º-12º anos | <input type="checkbox"/> Doutoramento |
| <input type="checkbox"/> 5º- 6º anos | Licenciatura | Outro: <input type="checkbox"/> _____ |
7. Situação Profissional:
- | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estudante | <input type="checkbox"/> Reformado(a) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Empregado(a) | Outro: _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Desempregado(a) | | |
8. Estado Civil:
- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> União de facto | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Viúvo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Outra: | _____ | | |
- 9.1. Atualmente tem uma relação amorosa/ casamento? Sim Não
- 9.2. Se sim, quanto tempo tem a relação amorosa/ casamento? _____ (anos ou meses)
10. Filhos: 1 2 3 outro: _____
11. Como é constituído o seu agregado familiar?
- | | | |
|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cônjuge | <input type="checkbox"/> Filho(s) e pai/mãe | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cônjuge e filho(s) | Outro: _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cônjuge, filho(s) e pai/mãe | | |
12. Com quem vive a/o sua/seu filha/o?
- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pai | <input type="checkbox"/> Mãe e Avós | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mãe | <input type="checkbox"/> Avós | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pai e Mãe | Outro: _____ | <input type="checkbox"/> |

13. Quem é/foi o cuidador principal durante o processo de doença? _____

14.1. Encontra-se a receber ou já recebeu apoio psicológico? Sim Não

14.2. Se sim, qual a duração do apoio psicológico, até ao momento? _____ (anos ou meses)

As seguintes questões serão relativas ao portador da doença crónica. Solicita-se que a pessoa que preencha tenha sido o principal cuidador da criança ao longo do processo de doença. A criança não será identificada e todos os dados fornecidos serão anónimos e confidenciais.

Dados do portador da doença

15. Qual o grau de parentesco que tem com o portador da doença?

Pai Mãe Avô Avó

Outro: _____

16. Idade: ____

17. Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

18. Género: Feminino Masculino

19. Tipo de doença crónica:

Diabetes tipo I Diabetes tipo II Asma Fibrose Cística

Anemia falciforme Oncológica Doenças do sistema nervoso central

Doença de Crohn Autismo

Outra: _____

20. Há quanto tempo foi diagnosticado? _____ (anos ou meses)

21. Situação atual:

Hospitalizado Ambulatório Alta médica

22. Houve internamentos?

Sim Não

22.1. Se sim, quantos?

23. Este foi o primeiro diagnóstico de doença crónica do portador da doença? Sim Não

24. Qual/ Quais o/os tipo/s de tratamento/s realizado/s até ao momento?

Psicofármacos Insulinas, antidiabéticos

Anti-inflamatórios Antiasmáticos, broncodilatadores

Corticosteroides

Outro (s): _____

25. A/o sua/seu filha/o encontra-se a receber ou já recebeu apoio psicológico? Sim Não

25.1. Se sim, qual a duração do apoio psicológico, até ao momento? _____ (anos ou meses)

Anexo I) Escala de Resiliência adaptada para a população portuguesa por Ng Deep e Leal (2012);

Escala de Resiliência (Carvalho & Leal, 2012)		Disco	Discor	Discordo	Conco	Concc	Concordo	
		Total						
<p>Por favor, leia as instruções.</p> <p>Encontrará sete números, variando de "1" (Discordo Totalmente) a "7" (Concordo Totalmente). Assinale com uma cruz (X) o número que melhor indica seus sentimentos sobre essa afirmação. Por exemplo, se você discordar totalmente com a afirmação, assinale "1". Se você é neutro, assinale "4" e se concordar totalmente, assinale "7".</p>		1	2	3	4	5	6	7
1	Normalmente eu lido com os problemas de uma forma ou de outra.							
2	Sou capaz de depender de mim próprio/a mais do que de qualquer outra pessoa.							
3	Manter-me interessado/a nas atividades do dia a dia é importante para mim.							
4	Posso estar por conta própria se for preciso.							
5	Sinto-me orgulhoso/a por ter alcançado objetivos na minha vida.							
6	Sou amigo/a de mim próprio/a.							
7	Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.							
8	Sou determinado/a.							
9	Raramente me questiono se a vida tem sentido.							
10	Vivo um dia de cada vez.							
11	Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes.							
12	Tenho autodisciplina.							
13	Mantenho-me interessado/a nas coisas.							
14	Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.							
15	A confiança em mim próprio/a ajuda-me a lidar com tempos difíceis.							
16	Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.							
17	Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspectivas.							
18	Por vezes obrigo-me a fazer coisas quer queira quer não.							
19	A minha vida tem um propósito.							
20	Eu não fico obcecado/a com coisas que não posso resolver.							
21	Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.							
22	Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito.							
23	Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.							

Anexo J) Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQ) validado para a população portuguesa por Gouveia e colaboradores (2009);

A **espiritualidade** pode descrever-se como algo que reside no íntimo do ser humano.

A **saúde espiritual** pode ser vista como um indicador do quão bem nos sentimos connosco próprios e com os aspetos que valorizamos no mundo que nos rodeia.

Para cada uma das afirmações seguintes, assinale com uma cruz o número que melhor indique em que medida sente que cada afirmação **reflete a sua experiência pessoal nos últimos 6 meses.**

Responda utilizando a seguinte escala: 1= muito pouco 2= pouco 3= moderadamente 4= muito 5= muitíssimo

Se lhe parecer mais adequado, pode substituir a palavra “Deus” por “Força Cósmica”, “Universo” ou outra expressão idêntica, cujo significado seja mais relevante para si.

Não perca muito tempo em cada afirmação. A **primeira resposta** é provavelmente a mais adequada para si.

Em que medida você <u>se sente a desenvolver:</u>	M uit uc	Po uc	M od er ~3	M uit	M uit íss im
1. afecto pelas outras pessoas	1	2	3	4	5
2. uma relação pessoal com o Divino ou Deus	1	2	3	4	5
3. generosidade em relação aos outros	1	2	3	4	5
4. uma ligação com a natureza	1	2	3	4	5
5. um sentimento de identidade pessoal	1	2	3	4	5
6. admiração e respeito pela Criação	1	2	3	4	5
Desenvolver:					
7. espanto e admiração perante uma paisagem deslumbrante	1	2	3	4	5
8. a confiança entre as pessoas	1	2	3	4	5
9. auto-conhecimento	1	2	3	4	5
10. um sentimento de união com a natureza	1	2	3	4	5
11. o sentimento de união com Deus	1	2	3	4	5
12. uma relação de harmonia com o ambiente	1	2	3	4	5
13. um sentimento de paz com Deus	1	2	3	4	5
Desenvolver:					
14. alegria na vida	1	2	3	4	5
15. uma vida de meditação e/ou oração	1	2	3	4	5
16. paz interior	1	2	3	4	5
17. respeito pelas outras pessoas	1	2	3	4	5
18. um sentido para a vida	1	2	3	4	5
19. bondade para com os outros	1	2	3	4	5
20. uma sensação de deslumbramento pela natureza	1	2	3	4	5

Anexo K) Escala de Satisfação com a Vida validada para a população portuguesa por Figueiras e colaboradores (2010);

Abaixo, encontrará cinco afirmações com as quais pode ou não concordar, face à pergunta “de uma forma geral, o que pensa sobre a sua vida?”

Usando a escala de resposta apresentada, que vai de 1 a 5, indique o quanto concorda com cada uma.

Discordo totalmente (1) Discordo (2) Nem discordo, nem concordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente (5)

	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Nem discordo, nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo totalmente (5)
1. Na maioria dos aspetos, a minha vida aproxima-se do meu ideal.					
2. As condições da minha vida são excelentes.					
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.					
4. Até agora tenho conseguido alcançar as coisas que considero importantes na vida.					
5. Se pudesse viver a minha vida outra vez não mudaria quase nada.					

Anexo L) PANAS – Versão Portuguesa, validada para a população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro (2005);

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Usando a escala de 1 a 5, indique, assinalando com uma cruz (x), em que medida, geralmente sente cada uma destas emoções, ou seja, como é que se sente em média.

	1 Nada ou muito ligeiramente	2 Um pouco	3 Moderadamente	4 Bastante	5 Extremamente
Interessado/a	1	2	3	4	5
Perturbado/a	1	2	3	4	5
Excitado/a	1	2	3	4	5
Amedrontado/a	1	2	3	4	5
Agradavelmente surpreendido/a	1	2	3	4	5
Culpado/a	1	2	3	4	5
Assustado/a	1	2	3	4	5
Caloroso/a	1	2	3	4	5
Repulsa	1	2	3	4	5
Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
Orgulhoso/a	1	2	3	4	5
Irritado/a	1	2	3	4	5
Encantado/a	1	2	3	4	5
Remorsos	1	2	3	4	5
Inspirado/a	1	2	3	4	5
Nervoso/a	1	2	3	4	5
Determinado/a	1	2	3	4	5
Trémulo/a	1	2	3	4	5
Ativo/a	1	2	3	4	5
Amedrontado/a	1	2	3	4	5

Anexo M) Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático – PTGI, validado por Silva e colaboradores (2009);

Determinados acontecimentos críticos de vida, como por exemplo, o diagnóstico e tratamento de uma doença, a perda de um filho, um aborto não desejado, um acidente, entre outros, implicam um conjunto de mudanças significativas.

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

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

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

18. Tenho uma maior fé religiosa.						
19. Descobri que sou mais forte do que pensava ser.						
20. Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas.						
21. Aceito melhor necessitar dos outros.						

Anexo N) Outputs relativos à Estatística Descritiva das variáveis utilizadas no presente estudo;

Estatística

		Idade_ Cuidador	Nacionalidade_C	Escolaridade_Completa_C	Situação_Profissional_C	Estado_Civil_C	Relação_Atual_C	Duração_Relação_C	Nº_Filhos	Agregado_C	Agregado_P	Grau_Parentesco_Cuidador	Idade_Portador
N	Válido	127	127	127	127	127	127	127	127	127	127	127	127
	Omisso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média		40,26	1,09	5,50	2,58	2,52	,90	13,47	1,86	2,50	3,54	2,00	10,3773
Erro Desvio		7,380	,294	1,061	1,288	1,083	,304	9,244	,753	1,133	1,812	,218	6,85462
Assimetria		,014	2,806	-,942	2,319	1,473	-2,655	,668	,241	2,355	2,549	4,656	,542
Erro de assimetria padrão		,215	,215	,215	,215	,215	,215	,215	,215	,215	,215	,215	,215
Curtose		,551	5,967	2,246	4,927	1,818	5,130	,463	- ,573	6,037	6,844	63,000	-,109
Erro de Curtose padrão		,427	,427	,427	,427	,427	,427	,427	,427	,427	,427	,427	,427
Mínimo		18	1	1	1	1	0	0	0	1	2	1	,00
Máximo		62	2	8	8	6	1	47	4	8	12	4	32,00

Output 1: Estatística Descritiva das variáveis sociodemográficas

Género_C

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Masculino	2	1,6	1,6	1,6
	Feminino	125	98,4	98,4	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

Output 2: Frequências da variável idade do cuidador

Estado_Civil_C

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Solteiro	9	7,1	7,1	7,1
	Casado	74	58,3	58,3	65,4
	União de facto	29	22,8	22,8	88,2
	Separado	1	,8	,8	89,0
	Divorciado	12	9,4	9,4	98,4
	Viúvo	2	1,6	1,6	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

Output 3: Frequências da variável estado civil do cuidador

Relação_Atual_C

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	13	10,2	10,2	10,2
	Sim	114	89,8	89,8	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

Output 4: Frequências da variável relação atual do cuidador

Grau_Parentesco_Cuidador

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Pai	2	1,6	1,6	1,6
	Mãe	124	97,6	97,6	99,2
	Avó	1	,8	,8	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

Output 5: Frequências da variável grau parentesco do cuidador

		Apoio_Psicologico_C	Duração_Do_Apoio_C	Tipo_De_Doença	Tempo_Diagnóstico	Foi_O_1º_Diagnóstico	Situação_Atual	Houve_Internamentos	Quanto_Internamentos	Nº_Dias_Internamentos	Apoio_Psicológico	Duração_Do_Apoio
N	Válido	127	127	127	126	127	127	127	123	127	127	126
	Omisso	0	0	0	1	0	0	0	4	0	0	1
Média		,31	,7218	5,27	6,3406	,94	2,48	,84	3,47	109,34	,33	,7110
Erro Desvio		,466	2,26517	4,303	6,35694	,244	,532	,366	5,608	246,127	,472	1,68245
Assimetria		,806	6,198	1,430	1,295	-3,641	-,241	-1,903	3,651	3,657	,728	3,847
Erro de assimetria padrão		,215	,215	,215	,216	,215	,215	,215	,218	,215	,215	,216
Curtose		-1,372	46,218	1,492	1,034	11,434	-1,258	1,648	16,721	14,877	-1,493	18,870
Erro de Curtose padrão		,427	,427	,427	,428	,427	,427	,427	,433	,427	,427	,428
Mínimo		0	,00	1	,00	0	1	0	0	0	0	,00
Máximo		1	20,00	20	25,00	1	3	1	40	1500	1	12,00

Output 6: Estatística Descritiva das variáveis clínicas

Principal_Cuidador

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Pai	2	1,6	1,6	1,6
	Mãe	103	81,1	81,1	82,7
	Pai e mãe	17	13,4	13,4	96,1
	Pai, mãe e avós	1	,8	,8	96,9
	Mãe e irmão(s)	2	1,6	1,6	98,4
	Avó(s) e tia(s)	1	,8	,8	99,2
	Mãe e portador	1	,8	,8	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

Output 7: Frequências da variável principal cuidador

Apoio_Psicologico_C

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	87	68,5	68,5	68,5
	Sim	40	31,5	31,5	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

Output 8: Frequências da variável apoio psicológico do cuidador

Tipo_De_Doença

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Doenças Oncológicas	13	10,2	10,2	10,2
	Diabetes	30	23,6	23,6	33,9
	Doenças Pulmonares e Respiratórias	6	4,7	4,7	38,6
	Síndromes/Doenças Raras	33	26,0	26,0	64,6
	Doenças do Sistema Nervoso Central	10	7,9	7,9	72,4
	Doenças Cardiovasculares	2	1,6	1,6	74,0
	Doenças Inflamatórias Intestinais Crônicas	4	3,1	3,1	77,2
	Deficiências Físicas	1	,8	,8	78,0
	Fibrose Cística	9	7,1	7,1	85,0
	Distúrbio do Desenvolvimento	7	5,5	5,5	90,6
	Alergias Alimentares	4	3,1	3,1	93,7
	Doenças Pulmonares e Respiratórias e Deficiências Físicas	1	,8	,8	94,5
	Síndromes/Doenças Raras e Epilepsia	1	,8	,8	95,3
	Doenças do Sistema Nervoso Central e Doenças Pulmonares e Respiratórias	1	,8	,8	96,1
	Doenças do Sistema Nervoso Central e Síndromes/Doenças Raras	1	,8	,8	96,9
	Distúrbio do Desenvolvimento e Síndromes/Doenças Raras	1	,8	,8	97,6
	Doenças Inflamatórias Intestinais Crônicas e Síndromes/Doenças Raras	1	,8	,8	98,4
	Doenças pulmonares e Respiratórias e Distúrbio do Desenvolvimento	1	,8	,8	99,2
	Em estudo	1	,8	,8	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

Output 9: Frequências da variável tipo de doença

Situação_Atual

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Hospitalizado	2	1,6	1,6	1,6
	Ambulatório	62	48,8	48,8	50,4
	Alta médica	63	49,6	49,6	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

Output 10: Frequências da variável principal cuidador

Houve_Internamentos

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0	20	15,7	15,7	15,7
	1	107	84,3	84,3	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

Output 11: Frequências da variável internamentos

Apoio_Psicológico

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não	85	66,9	66,9	66,9
	Sim	42	33,1	33,1	100,0
	Total	127	100,0	100,0	

Output 12: Frequências da variável apoio psicológico do portador

Estatística Descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio	Assimetria		Curtose	
						Estatístic	Erro	Estatístic	Erro
	a	a	a	a	a	a	Erro	a	Erro
RESILIÊNCIA_DIME NSÃO1	127	1	7	5,49	1,351	-1,276	,215	1,317	,427
RESILIÊNCIA_DIME NSÃO2	127	1	7	5,40	1,336	-1,277	,215	1,543	,427
RESILIÊNCIA_DIME NSÃO3	127	1	7	5,06	1,322	-,767	,215	,271	,427
RESILIÊNCIA_DIME NSÃO4	127	1	7	5,48	1,138	-1,120	,215	1,570	,427

RESILIÊNCIA_TOTAL	127	1	7	5,37	1,198	-1,248	,215	1,523	,427
N válido (de lista)	127								

Output 13: Estatística Descritiva da variável resiliência e das respectivas subescalas

Estatística Descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro	Assimetria		Curtose	
						Estadístico	Erro	Estadístico	Erro
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Erro	Estadístico	Erro
	a	a	a	a	Estadístico	a	Erro	a	Erro
SWBQ_DIMENSÃO1	127	1	5	3,52	,954	-,668	,215	,190	,427
SWBQ_DIMENSÃO2	127	1	5	3,72	,716	-,514	,215	,670	,427
SWBQ_DIMENSÃO3	127	1	5	3,62	,985	-,636	,215	,246	,427
SWBQ_DIMENSÃO4	127	1	5	3,19	1,245	-,296	,215	-,994	,427
SWBQ_TOTAL	127	1	5	3,51	,810	-,587	,215	,392	,427
N válido (de lista)	127								

Output 14: Estatística Descritiva da variável bem-estar espiritual e das respectivas subescalas

Estatística Descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro	Assimetria		Curtose	
						Estadístico	Erro	Estadístico	Erro
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Erro	Estadístico	Erro
	a	a	a	a	a	a	Erro	a	Erro
SATISFAÇÃO_TOTAL	127	1	5	2,99	,896	-,435	,215	-,195	,427
PANAS_DIMENSÃO1	127	1	5	3,15	,851	-,315	,215	-,133	,427
PANAS_DIMENSÃO2	127	1	5	2,48	,972	,631	,215	-,503	,427
PANAS_TOTAL	127	1	5	2,83	,621	,384	,215	,919	,427
BEM_ESTAR_SUBJETIVO	127	1	5	2,87	,539	-,218	,215	,773	,427
N válido (de lista)	127								

Output 15: Estatística Descritiva da variável bem-estar subjetivo e das respectivas subescalas

Estatística Descritiva

	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro	Assimetria		Curtose	
	Estatístic a	Estatístic a	Estatístic a	Estatístic a	Desvio Estatística	Estatístic a	Erro Erro	Estatístic a	Erro Erro
PTGI_DIMENS ÃO1	127	0	5	2,98	1,186	-,204	,215	-,830	,427
PTGI_DIMENS ÃO2	127	0	5	3,34	1,208	-,682	,215	-,229	,427
PTGI_DIMENS ÃO3	127	0	5	3,73	1,193	-1,037	,215	,259	,427
PTGI_DIMENS ÃO4	127	0	5	2,85	1,722	-,406	,215	-1,227	,427
PTGI_DIMENS ÃO5	127	0	5	3,94	1,091	-1,247	,215	1,363	,427
PTGI_TOTAL	127	0	5	3,33	1,070	-,595	,215	-,310	,427
N válido (de lista)	127								

Output 16: Estatística Descritiva da variável crescimento pós-traumático e das respectivas subescalas

Anexo O) Ouputs relativos aos Testes Estatísticos realizados no presente estudo;

Correlações

		BEM_ESTAR_ SUBJETIVO	SWBQ_TOTA L	RESILIÊNCIA _TOTAL	PTGI_TOTAL
BEM_ESTAR_ SUBJETIVO	Correlação de Pearson	1	,510**	,197*	,404**
	Sig. (2 extremidades)		,000	,027	,000
	N	127	127	127	127
SWBQ_TOTAL	Correlação de Pearson	,510**	1	,443**	,476**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000	,000
	N	127	127	127	127
RESILIÊNCIA_TOTAL	Correlação de Pearson	,197*	,443**	1	,240**
	Sig. (2 extremidades)	,027	,000		,006
	N	127	127	127	127
PTGI_TOTAL	Correlação de Pearson	,404**	,476**	,240**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,006	
	N	127	127	127	127

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Output 17: Coeficiente de correlação (Pearson) das variáveis psicossociais

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	1,740	,481
	V de Cramer	,710	,481
N de Casos Válidos		127	

Output 18: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis situação profissional e resiliência

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	1,764	,002
	V de Cramer	,720	,002
N de Casos Válidos		127	

Output 19: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis situação profissional e bem-estar espiritual

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	2,261	,943
	V de Cramer	,923	,943
N de Casos Válidos		127	

Output 20: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis situação profissional e bem-estar subjetivo

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	1,863	,024
	V de Cramer	,761	,024
N de Casos Válidos		127	

Output 21: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis situação profissional e crescimento pós-traumático

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	1,544	,746
	V de Cramer	,691	,746
N de Casos Válidos		127	

Output 22: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis estado civil e resiliência

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	1,354	,924
	V de Cramer	,605	,924
N de Casos Válidos		127	

Output 23: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis estado civil e bem-estar espiritual

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	2,173	,385
	V de Cramer	,972	,385
N de Casos Válidos		127	

Output 24: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis estado civil e bem-estar subjetivo

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	1,732	,011
	V de Cramer	,774	,011
N de Casos Válidos		127	

Output 25: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis estado civil e crescimento pós-traumático

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	,695	,574
	V de Cramer	,695	,574
N de Casos Válidos		127	

Output 26: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis apoio psicológico do cuidador e resiliência

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	,680	,275
	V de Cramer	,680	,275
N de Casos Válidos		127	

Output 27: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis apoio psicológico do cuidador e bem-estar espiritual

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	,972	,430
	V de Cramer	,972	,430
N de Casos Válidos		127	

Output 28: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis apoio psicológico do cuidador e bem-estar subjetivo

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	,699	,544
	V de Cramer	,699	,544
N de Casos Válidos		127	

Output 29: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis apoio psicológico do cuidador e crescimento pós-traumático

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	,760	,198
	V de Cramer	,760	,198
N de Casos Válidos		127	

Output 30: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis primeiro diagnóstico e resiliência

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	,636	,540
	V de Cramer	,636	,540
N de Casos Válidos		127	

Output 31: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis primeiro diagnóstico e bem-estar espiritual

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	1,000	,269
	V de Cramer	1,000	,269
N de Casos Válidos		127	

Output 32: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis primeiro diagnóstico e bem-estar subjetivo

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	,760	,198
	V de Cramer	,760	,198
N de Casos Válidos		127	

Output 33: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis primeiro diagnóstico crescimento pós-traumático

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	,853	,993
	V de Cramer	,603	,993
N de Casos Válidos		127	

Output 34: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis situação atual e resiliência

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	1,200	,000
	V de Cramer	,848	,000
N de Casos Válidos		127	

Output 35: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis situação atual e bem-estar espiritual

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	1,391	,316
	V de Cramer	,984	,316
N de Casos Válidos		127	

Output 36: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis situação atual e bem-estar subjetivo

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	1,240	,000
	V de Cramer	,877	,000
N de Casos Válidos		127	

Output 37: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis situação atual e crescimento pós-traumático

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	,728	,364
	V de Cramer	,728	,364
N de Casos Válidos		127	

Output 38: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis internamentos e resiliência

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	,639	,518
	V de Cramer	,639	,518
N de Casos Válidos		127	

Output 39: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis internamentos e bem-estar espiritual

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	,954	,543
	V de Cramer	,954	,543
N de Casos Válidos		127	

Output 40: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis internamentos e bem-estar subjetivo

Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	,645	,838
	V de Cramer	,645	,838
N de Casos Válidos		127	

Output 41: Coeficiente de contingência (V de Cramer) das variáveis internamentos e crescimento pós-traumático

Resumo do modelo^d

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Estatísticas de mudança				Sig. Mudança F	Durbin-Watson
					Mudança de R quadrado	Mudança F	df1	df2		
1	,311 ^a	,097	,067	1,157	,097	3,266	4	122	,014	
2	,466 ^b	,217	,157	1,100	,120	3,597	5	117	,005	
3	,621 ^c	,386	,321	,987	,169	10,442	3	114	,000	1,997

a. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador

b. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador, Foi_O_1º_Diagnóstico, Houve_Internamentos, Situação_Atual, Apoio_Psicológico, Apoio_Psicologico_C

c. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador, Foi_O_1º_Diagnóstico, Houve_Internamentos, Situação_Atual, Apoio_Psicológico, Apoio_Psicologico_C, PTGI_TOTAL, BEM_ESTAR_SUBJETIVO, SWBQ_TOTAL

d. Variável Dependente: RESILIÊNCIA_TOTAL

Output 42: Resumo do modelo da resiliência em função de diversas variáveis sociodemográficas e clínicas e psicossociais

ANOVA^a

Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1 Regressão	17,480	4	4,370	3,266	,014 ^b

	Resíduo	163,249	122	1,338		
	Total	180,729	126			
2	Regressão	39,233	9	4,359	3,605	,001 ^c
	Resíduo	141,496	117	1,209		
	Total	180,729	126			
3	Regressão	69,734	12	5,811	5,969	,000 ^d
	Resíduo	110,995	114	,974		
	Total	180,729	126			

a. Variável Dependente: RESILIÊNCIA_TOTAL

b. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador

c. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador, Foi_O_1º_Diagnóstico, Houve_Internamentos, Situação_Atual, Apoio_Psicológico, Apoio_Psicologico_C

d. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador, Foi_O_1º_Diagnóstico, Houve_Internamentos, Situação_Atual, Apoio_Psicológico, Apoio_Psicologico_C, PTGI_TOTAL, BEM_ESTAR_SUBJETIVO, SWBQ_TOTAL

Output 43: Anova da regressão linear múltipla da resiliência em função de diversas variáveis sociodemográficas e clínicas e psicossociais

Coeficientes^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade	
		B	Erro				Beta	Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância
1	(Constante)	3,354	,836		4,013	,000	1,700	5,008					
	Idade_Cuidador	,018	,014	,108	1,231	,221	-,011	,046	,132	,111	,106	,954	1,048
	Estado_Civil_C	,293	,096	,265	3,043	,003	,102	,483	,273	,266	,262	,978	1,022
	Escolaridade_Completa_C	,059	,098	,053	,607	,545	-,134	,253	,043	,055	,052	,988	1,012
	Situação_Profissional_C	,095	,081	,102	1,170	,244	-,066	,255	,078	,105	,101	,977	1,023
2	(Constante)	2,734	1,022		2,676	,009	,710	4,758					
	Idade_Cuidador	,016	,014	,098	1,149	,253	-,011	,043	,132	,106	,094	,926	1,080
	Estado_Civil_C	,287	,094	,259	3,051	,003	,101	,473	,273	,272	,250	,928	1,077
	Escolaridade_Completa_C	,114	,095	,101	1,193	,235	-,075	,302	,043	,110	,098	,940	1,064

	Situação_Profissional_C	,110	,081	,119	1,360	,177	-,050	,271	,078	,125	,111	,877	1,140
	Apoio_Psicologico_C	-,395	,227	-,154	-1,742	,084	-,844	,054	-,125	-,159	-,143	,859	1,164
	Foi_O_1º_Diagnóstico	-,695	,407	-,142	-1,707	,090	-1,501	,111	-,143	-,156	-,140	,974	1,027
	Apoio_Psicológico	,281	,221	,111	1,274	,205	-,156	,718	,129	,117	,104	,885	1,130
	Houve_Internamentos	,821	,274	,251	2,993	,003	,278	1,363	,266	,267	,245	,955	1,047
	Situação_Atual	,144	,190	,064	,759	,449	-,232	,521	-,007	,070	,062	,938	1,066
3	(Constante)	,968	1,032		,938	,350	-1,076	3,012					
	Idade_Cuidador	,012	,013	,073	,939	,350	-,013	,037	,132	,088	,069	,892	1,121
	Estado_Civil_C	,258	,085	,233	3,036	,003	,090	,426	,273	,274	,223	,914	1,094
	Escolaridade_Completa_C	,134	,087	,118	1,531	,129	-,039	,307	,043	,142	,112	,899	1,112
	Situação_Profissional_C	,028	,075	,030	,376	,708	-,120	,176	,078	,035	,028	,834	1,199
	Apoio_Psicologico_C	-,303	,204	-,118	-1,487	,140	-,708	,101	-,125	-,138	-,109	,853	1,172
	Foi_O_1º_Diagnóstico	-,519	,371	-,106	-1,400	,164	-1,253	,215	-,143	-,130	-,103	,946	1,057
	Apoio_Psicológico	,182	,201	,072	,904	,368	-,216	,579	,129	,084	,066	,860	1,163
	Houve_Internamentos	,933	,250	,285	3,732	,000	,438	1,428	,266	,330	,274	,924	1,082
	Situação_Atual	-,074	,177	-,033	-,419	,676	-,425	,277	-,007	-,039	-,031	,869	1,151
	PTGI_TOTAL	,062	,100	,055	,617	,539	-,136	,260	,240	,058	,045	,676	1,480
	SWBQ_TOTAL	,572	,139	,387	4,110	,000	,297	,848	,443	,359	,302	,608	1,645
	BEM_ESTAR_SUBJETIVO	,060	,206	,027	,290	,772	-,349	,468	,197	,027	,021	,626	1,597

a. Variável Dependente: RESILIÊNCIA_TOTAL

Output 44: Coeficientes do modelo da resiliência em função de diversas variáveis sociodemográficas e clínicas e psicossociais

Resumo do modelo^d

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Estatísticas de mudança				Sig. Mudança F	Durbin-Watson
					Mudança de R quadrado	Mudança F	df1	df2		
1	,175 ^a	,031	-,001	,810	,031	,969	4	122	,427	
2	,298 ^b	,089	,019	,802	,058	1,488	5	117	,199	
3	,686 ^c	,471	,415	,619	,382	27,416	3	114	,000	1,939

a. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador

b. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador, Foi_O_1º_Diagnóstico, Houve_Internamentos, Situação_Atual, Apoio_Psicológico, Apoio_Psicologico_C

c. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador, Foi_O_1º_Diagnóstico, Houve_Internamentos, Situação_Atual, Apoio_Psicológico, Apoio_Psicologico_C, PTGI_TOTAL, BEM_ESTAR_SUBJETIVO, RESILIÊNCIA_TOTAL

d. Variável Dependente: SWBQ_TOTAL

Output 45: Resumo do modelo do bem-estar espiritual em função de diversas variáveis sociodemográficas e clínicas e psicossociais

		ANOVA ^a				
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	2,543	4	,636	,969	,427 ^b
	Resíduo	80,048	122	,656		
	Total	82,591	126			
2	Regressão	7,328	9	,814	1,266	,263 ^c
	Resíduo	75,263	117	,643		
	Total	82,591	126			
3	Regressão	38,871	12	3,239	8,446	,000 ^d
	Resíduo	43,720	114	,384		
	Total	82,591	126			

a. Variável Dependente: SWBQ_TOTAL

b. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador

c. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador, Foi_O_1º_Diagnóstico, Houve_Internamentos, Situação_Atual, Apoio_Psicológico, Apoio_Psicologico_C

d. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador, Foi_O_1º_Diagnóstico, Houve_Internamentos, Situação_Atual, Apoio_Psicológico, Apoio_Psicologico_C, PTGI_TOTAL, BEM_ESTAR_SUBJETIVO, RESILIÊNCIA_TOTAL

Output 46: Anova da regressão linear múltipla do bem-estar espiritual em função de diversas variáveis sociodemográficas e clínicas e psicossociais

Modelo	Coeficientes ^a											
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações		Estatísticas de colinearidade		
B	Erro	Erro	Beta			Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF

1	(Constante)	3,018	,585		5,157	,000	1,859	4,176					
	Idade_Cuidador	,009	,010	,081	,886	,377	-,011	,029	,061	,080	,079	,954	1,048
	Estado_Civil_C	,039	,067	,052	,576	,565	-,095	,172	,061	,052	,051	,978	1,022
	Escolaridade_C ompleta_C	-,037	,068	-,048	-,536	,593	-,172	,099	-,048	-,048	-,048	,988	1,012
	Situação_Profiss ional_C	,094	,057	,149	1,652	,101	-,019	,206	,137	,148	,147	,977	1,023
2	(Constante)	2,341	,745		3,141	,002	,865	3,817					
	Idade_Cuidador	,009	,010	,082	,894	,373	-,011	,029	,061	,082	,079	,926	1,080
	Estado_Civil_C	,053	,068	,071	,779	,438	-,082	,189	,061	,072	,069	,928	1,077
	Escolaridade_C ompleta_C	-,027	,069	-,036	-,395	,693	-,165	,110	-,048	-,037	-,035	,940	1,064
	Situação_Profiss ional_C	,133	,059	,211	2,242	,027	,015	,250	,137	,203	,198	,877	1,140
	Apoio_Psicologi co_C	-,137	,165	-,079	-,831	,407	-,465	,190	-,026	-,077	-,073	,859	1,164
	Foi_O_1º_Diagn óstico	-,225	,297	-,068	-,758	,450	-,813	,363	-,074	-,070	-,067	,974	1,027
	Apoio_Psicológi co	,138	,161	,081	,861	,391	-,180	,457	,043	,079	,076	,885	1,130
	Houve_Internam entos	-,158	,200	-,071	-,788	,432	-,554	,238	-,033	-,073	-,070	,955	1,047
	Situação_Atual	,333	,139	,219	2,400	,018	,058	,607	,164	,217	,212	,938	1,066
3	(Constante)	-,265	,650		-,408	,684	-1,552	1,022					
	Idade_Cuidador	,010	,008	,092	1,283	,202	-,006	,026	,061	,119	,087	,898	1,114
	Estado_Civil_C	,001	,055	,001	,015	,988	-,109	,111	,061	,001	,001	,846	1,182
	Escolaridade_C ompleta_C	-,053	,055	-,070	-,963	,338	-,162	,056	-,048	-,090	-,066	,888	1,126
	Situação_Profiss ional_C	,070	,047	,111	1,499	,137	-,022	,162	,137	,139	,102	,849	1,178
	Apoio_Psicologi co_C	,007	,129	,004	,056	,956	-,249	,263	-,026	,005	,004	,837	1,195
	Foi_O_1º_Diagn óstico	,102	,234	,031	,436	,663	-,362	,566	-,074	,041	,030	,932	1,073
	Apoio_Psicológi co	-,043	,126	-,025	-,340	,734	-,293	,207	,043	-,032	-,023	,854	1,170
	Houve_Internam entos	-,201	,165	-,091	-1,218	,226	-,528	,126	-,033	-,113	-,083	,834	1,198
	Situação_Atual	,140	,111	,092	1,268	,207	-,079	,359	,164	,118	,086	,880	1,137
PTGI_TOTAL	,200	,060	,264	3,329	,001	,081	,319	,476	,298	,227	,739	1,353	
BEM_ESTAR_S UBJETIVO	,467	,122	,311	3,834	,000	,226	,708	,510	,338	,261	,706	1,416	

RESILIÊNCIA_T OTAL	,225	,055	,334	4,110	,000	,117	,334	,443	,359	,280	,705	1,418
-----------------------	------	------	------	-------	------	------	------	------	------	------	------	-------

a. Variável Dependente: SWBQ_TOTAL

Output 47: Coeficientes do modelo do bem-estar espiritual em função de diversas variáveis sociodemográficas e clínicas e psicossociais

Resumo do modelo^d

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R quadrado	Estatísticas de mudança			Sig. Mudança F	Durbin-Watson
						Mudança F	df1	df2		
1	,149 ^a	,022	-,010	,542	,022	,688	4	122	,601	
2	,351 ^b	,123	,056	,524	,101	2,700	5	117	,024	
3	,612 ^c	,374	,308	,448	,251	15,241	3	114	,000	2,071

a. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador

b. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador, Foi_O_1º_Diagnóstico, Houve_Internamentos, Situação_Atual, Apoio_Psicológico, Apoio_Psicologico_C

c. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador, Foi_O_1º_Diagnóstico, Houve_Internamentos, Situação_Atual, Apoio_Psicológico, Apoio_Psicologico_C, PTGI_TOTAL, RESILIÊNCIA_TOTAL, SWBQ_TOTAL

d. Variável Dependente: BEM_ESTAR_SUBJETIVO

Output 48: Resumo do modelo do bem-estar subjetivo em função de diversas variáveis sociodemográficas e clínicas e psicossociais

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	,808	4	,202	,688	,601 ^b
	Resíduo	35,782	122	,293		
	Total	36,590	126			
2	Regressão	4,509	9	,501	1,827	,070 ^c
	Resíduo	32,080	117	,274		
	Total	36,590	126			
3	Regressão	13,692	12	1,141	5,681	,000 ^d
	Resíduo	22,897	114	,201		
	Total	36,590	126			

a. Variável Dependente: BEM_ESTAR_SUBJETIVO

b. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador

c. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador, Foi_O_1º_Diagnóstico, Houve_Internamentos, Situação_Atual, Apoio_Psicológico, Apoio_Psicologico_C

d. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador, Foi_O_1º_Diagnóstico, Houve_Internamentos, Situação_Atual, Apoio_Psicológico, Apoio_Psicologico_C, PTGI_TOTAL, RESILIÊNCIA_TOTAL, SWBQ_TOTAL

Output 49: Anova da regressão linear múltipla do bem-estar subjetivo em função de diversas variáveis sociodemográficas e clínicas e psicossociais

Coeficientes ^a													
Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade		
	B	Erro				Beta	Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1	(Constante)	2,701	,391		6,905	,000	1,927	3,476					
	Idade_Cuidador	-,003	,007	-,040	-,434	,665	-,016	,010	-,049	-,039	-,039	,954	1,048
	Estado_Civil_C	-,030	,045	-,060	-,657	,512	-,119	,060	-,073	-,059	-,059	,978	1,022
	Escolaridade_Completa_C	,053	,046	,103	1,148	,253	-,038	,143	,102	,103	,103	,988	1,012
	Situação_Profissional_C	,029	,038	,070	,769	,443	-,046	,104	,075	,069	,069	,977	1,023
2	(Constante)	2,224	,487		4,572	,000	1,261	3,188					
	Idade_Cuidador	-,004	,007	-,049	-,548	,585	-,017	,009	-,049	-,051	-,047	,926	1,080
	Estado_Civil_C	-,024	,045	-,048	-,531	,596	-,112	,065	-,073	-,049	-,046	,928	1,077
	Escolaridade_Completa_C	,052	,045	,101	1,136	,258	-,038	,141	,102	,104	,098	,940	1,064
	Situação_Profissional_C	,065	,039	,155	1,682	,095	-,012	,142	,075	,154	,146	,877	1,140
	Apoio_Psicologico_C	-,052	,108	-,045	-,481	,631	-,266	,162	,049	-,044	-,042	,859	1,164
	Foi_O_1º_Diagnóstico	-,063	,194	-,029	-,327	,745	-,447	,321	-,022	-,030	-,028	,974	1,027
	Apoio_Psicológico	,194	,105	,170	1,844	,068	-,014	,402	,100	,168	,160	,885	1,130
	Houve_Internamentos	-,252	,131	-,171	-	,056	-,511	,006	-,141	-,176	-,167	,955	1,047
	Situação_Atual	,253	,090	,250	2,792	,006	,073	,432	,224	,250	,242	,938	1,066
3	(Constante)	1,085	,459		2,362	,020	,175	1,995					
	Idade_Cuidador	-,004	,006	-,059	-,750	,455	-,016	,007	-,049	-,070	-,056	,889	1,124
	Estado_Civil_C	-,040	,040	-,080	-,996	,321	-,119	,039	-,073	-,093	-,074	,853	1,172

Escolaridade_Completa_C	,070	,040	,138	1,778	,078	-,008	,149	,102	,164	,132	,905	1,105
Situação_Profissional_C	,027	,034	,064	,792	,430	-,040	,094	,075	,074	,059	,837	1,194
Apoio_Psicologico_C	,004	,094	,004	,045	,964	-,181	,190	,049	,004	,003	,837	1,195
Foi_O_1º_Diagnóstico	,079	,170	,036	,469	,640	-,256	,415	-,022	,044	,035	,932	1,073
Apoio_Psicológico	,141	,091	,123	1,555	,123	-,039	,320	,100	,144	,115	,872	1,147
Houve_Internamentos	-,210	,119	-,143	-	,079	-,446	,025	-,141	-,164	-,131	,846	1,181
				1,773								
Situação_Atual	,146	,079	,144	1,839	,068	-,011	,303	,224	,170	,136	,893	1,120
PTGI_TOTAL	,112	,044	,222	2,531	,013	,024	,200	,404	,231	,188	,711	1,406
RESILIÊNCIA_TOTAL	,012	,043	,027	,290	,772	-,072	,097	,197	,027	,022	,615	1,627
SWBQ_TOTAL	,245	,064	,367	3,834	,000	,118	,371	,510	,338	,284	,598	1,673

a. Variável Dependente: BEM_ESTAR_SUBJETIVO

Output 50: Coeficientes do modelo do bem-estar subjetivo em função de diversas variáveis sociodemográficas e clínicas e psicossociais

Resumo do modelo^d

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R quadrado	Estatísticas de mudança			Sig. Mudança F	Durbin-Watson
						Mudança F	df1	df2		
1	,186 ^a	,035	,003	1,068	,035	1,098	4	122	,361	
2	,279 ^b	,078	,007	1,066	,043	1,086	5	117	,372	
3	,571 ^c	,326	,256	,923	,249	14,040	3	114	,000	1,758

a. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador

b. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador, Foi_O_1º_Diagnóstico, Houve_Internamentos, Situação_Atual, Apoio_Psicológico, Apoio_Psicologico_C

c. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador, Foi_O_1º_Diagnóstico, Houve_Internamentos, Situação_Atual, Apoio_Psicológico, Apoio_Psicologico_C, SWBQ_TOTAL, BEM_ESTAR_SUBJETIVO, RESILIÊNCIA_TOTAL

d. Variável Dependente: PTGI_TOTAL

Output 51: Resumo do modelo do crescimento pós-traumático em função de diversas variáveis sociodemográficas e clínicas e psicossociais

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	5,009	4	1,252	1,098	,361 ^b
	Resíduo	139,122	122	1,140		
	Total	144,131	126			
2	Regressão	11,180	9	1,242	1,093	,373 ^c
	Resíduo	132,951	117	1,136		
	Total	144,131	126			
3	Regressão	47,050	12	3,921	4,604	,000 ^d
	Resíduo	97,082	114	,852		
	Total	144,131	126			

a. Variável Dependente: PTGI_TOTAL

b. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador

c. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador, Foi_O_1º_Diagnóstico, Houve_Internamentos, Situação_Atual, Apoio_Psicológico, Apoio_Psicologico_C

d. Preditores: (Constante), Situação_Profissional_C, Escolaridade_Completa_C, Estado_Civil_C, Idade_Cuidador, Foi_O_1º_Diagnóstico, Houve_Internamentos, Situação_Atual, Apoio_Psicológico, Apoio_Psicologico_C, SWBQ_TOTAL, BEM_ESTAR_SUBJETIVO, RESILIÊNCIA_TOTAL

Output 52: Anova da regressão linear múltipla do crescimento pós-traumático em função de diversas variáveis sociodemográficas e clínicas e psicossociais

Coefficientes^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados			95,0% Intervalo de Confiança para B		Correlações			Estatísticas de colinearidade	
		B	Erro	Beta	t	Sig.	Limite inferior	Limite superior	Ordem zero	Parcial	Parte	Tolerância	VIF
1	(Constante)	4,748	,771		6,155	,000	3,221	6,276					
	Idade_Cuidador	-,016	,013	-,108	-1,184	,239	-,042	,010	-,121	-,107	-,105	,954	1,048
	Estado_Civil_C	-,004	,089	-,004	-,041	,967	-,180	,172	-,009	-,004	-,004	,978	1,022
	Escolaridade_C completa_C	-,144	,090	-,143	-1,593	,114	-,322	,035	-,151	-,143	-,142	,988	1,012
	Situação_Profissional_C	,005	,075	,006	,064	,949	-,143	,153	,025	,006	,006	,977	1,023
2	(Constante)	4,760	,991		4,805	,000	2,798	6,721					
	Idade_Cuidador	-,015	,013	-,104	-1,130	,261	-,042	,011	-,121	-,104	-,100	,926	1,080

Estado_Civil_C	-,005	,091	-,005	-,057	,955	-,185	,175	-,009	-,005	-,005	,928	1,077
Escolaridade_C ompleta_C	-,120	,092	-,119	-1,304	,195	-,303	,062	-,151	-,120	-,116	,940	1,064
Situação_Profis sional_C	,039	,079	,047	,496	,621	-,117	,195	,025	,046	,044	,877	1,140
Apoio_Psicologi co_C	-,157	,220	-,068	-,715	,476	-,592	,278	-,095	-,066	-,063	,859	1,164
Foi_O_1º_Diag nóstico	-,706	,395	-,161	-1,790	,076	-1,488	,075	-,178	-,163	-,159	,974	1,027
Apoio_Psicológi co	,139	,214	,061	,649	,518	-,285	,562	,018	,060	,058	,885	1,130
Houve_Interna mentos	-,119	,266	-,041	-,447	,656	-,645	,407	-,036	-,041	-,040	,955	1,047
Situação_Atual	,210	,184	,105	1,141	,256	-,155	,575	,075	,105	,101	,938	1,066
3 (Constante)	2,517	,940		2,679	,008	,656	4,379					
Idade_Cuidador	-,018	,012	-,126	-1,558	,122	-,041	,005	-,121	-,144	-,120	,904	1,106
Estado_Civil_C	-,033	,082	-,033	-,400	,690	-,196	,130	-,009	-,037	-,031	,847	1,180
Escolaridade_C ompleta_C	-,139	,082	-,138	-1,703	,091	-,300	,023	-,151	-,158	-,131	,903	1,107
Situação_Profis sional_C	-,057	,070	-,068	-,813	,418	-,195	,082	,025	-,076	-,062	,837	1,194
Apoio_Psicologi co_C	-,050	,193	-,022	-,260	,795	-,432	,331	-,095	-,024	-,020	,838	1,194
Foi_O_1º_Diag nóstico	-,539	,346	-,123	-1,559	,122	-1,224	,146	-,178	-,144	-,120	,950	1,053
Apoio_Psicológi co	-,030	,188	-,013	-,159	,874	-,403	,343	,018	-,015	-,012	,854	1,171
Houve_Interna mentos	,027	,248	,009	,107	,915	-,464	,517	-,036	,010	,008	,824	1,214
Situação_Atual	-,065	,166	-,032	-,393	,695	-,393	,263	,075	-,037	-,030	,869	1,151
RESILIÊNCIA_ TOTAL	,054	,087	,060	,617	,539	-,119	,227	,240	,058	,047	,616	1,623
SWBQ_TOTAL	,444	,133	,336	3,329	,001	,180	,707	,476	,298	,256	,581	1,722
BEM_ESTAR_ SUBJETIVO	,475	,188	,239	2,531	,013	,103	,847	,404	,231	,195	,661	1,513

a. Variável Dependente: PTGI_TOTAL

Output 53: Coeficientes do modelo do crescimento pós-traumático em função de diversas variáveis sociodemográficas e clínicas e psicossociais

Teste de Homogeneidade de Variâncias

		Estadística de Levene	df1	df2	Sig.
PTGI_TOTAL	Com base em média	,838	9	108	,583
	Com base em mediana	,641	9	108	,760
	Com base em mediana e com df ajustado	,641	9	85,709	,759
	Com base em média aparada	,819	9	108	,600
RESILIÊNCIA_TOTAL	Com base em média	3,088	9	108	,002
	Com base em mediana	2,449	9	108	,014
	Com base em mediana e com df ajustado	2,449	9	75,184	,017
	Com base em média aparada	2,931	9	108	,004
SWBQ_TOTAL	Com base em média	1,578	9	108	,131
	Com base em mediana	1,419	9	108	,189
	Com base em mediana e com df ajustado	1,419	9	73,283	,196
	Com base em média aparada	1,531	9	108	,146
BEM_ESTAR_SUBJETIVO	Com base em média	1,353	9	108	,219
	Com base em mediana	,992	9	108	,451
	Com base em mediana e com df ajustado	,992	9	79,338	,454
	Com base em média aparada	1,260	9	108	,267

Output 54: Teste da homogeneidade de variâncias na comparação entre as variáveis psicossociais e o tipo de doença

ANOVA

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
PTGI_TOTAL	Entre Grupos	12,240	18	,680	,557	,922
	Nos grupos	131,891	108	1,221		
	Total	144,131	126			
RESILIÊNCIA_TOTAL	Entre Grupos	33,703	18	1,872	1,375	,159
	Nos grupos	147,026	108	1,361		
	Total	180,729	126			
SWBQ_TOTAL	Entre Grupos	14,407	18	,800	1,268	,224
	Nos grupos	68,184	108	,631		
	Total	82,591	126			

BEM_ESTAR_SUBJETIVO	Entre Grupos	6,369	18	,354	1,265	,226
	Nos grupos	30,220	108	,280		
	Total	36,590	126			

Output 55: Anova (comparação entre grupos) das variáveis psicossociais e o tipo de doença

Teste de Homogeneidade de Variâncias

		Estadística de Levene	df1	df2	Sig.
PTGI_TOTAL	Com base em média	2,106	2	124	,126
	Com base em mediana	1,670	2	124	,192
	Com base em mediana e com df ajustado	1,670	2	114,289	,193
	Com base em média aparada	1,977	2	124	,143
RESILIÊNCIA_TOTAL	Com base em média	1,060	2	124	,349
	Com base em mediana	,734	2	124	,482
	Com base em mediana e com df ajustado	,734	2	122,914	,482
	Com base em média aparada	,959	2	124	,386
SWBQ_TOTAL	Com base em média	3,313	2	124	,040
	Com base em mediana	3,278	2	124	,041
	Com base em mediana e com df ajustado	3,278	2	119,863	,041
	Com base em média aparada	3,302	2	124	,040
BEM_ESTAR_SUBJETIVO	Com base em média	1,179	2	124	,311
	Com base em mediana	1,133	2	124	,325
	Com base em mediana e com df ajustado	1,133	2	116,275	,326
	Com base em média aparada	1,172	2	124	,313

Output 56: Teste da homogeneidade de variâncias na comparação entre as variáveis psicossociais e o estado atual

ANOVA

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
PTGI_TOTAL	Entre Grupos	3,428	2	1,714	1,511	,225

	Nos grupos	140,703	124	1,135		
	Total	144,131	126			
RESILIÊNCIA_TOTAL	Entre Grupos	1,421	2	,710	,491	,613
	Nos grupos	179,308	124	1,446		
	Total	180,729	126			
SWBQ_TOTAL	Entre Grupos	6,108	2	3,054	4,951	,009
	Nos grupos	76,483	124	,617		
	Total	82,591	126			
BEM_ESTAR_SUBJETIVO	Entre Grupos	3,611	2	1,806	6,789	,002
	Nos grupos	32,978	124	,266		
	Total	36,590	126			

Output 57: Anova (comparação entre grupos) das variáveis psicossociais e o estado atual

Comparações múltiplas

Tukey HSD

Variável dependente	(I) Situação_Atual	(J) Situação_Atual	Diferença média (I-J)	Erro	Erro	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
							Limite inferior	Limite superior
PTGI_TOTAL	Hospitalizado	Ambulatório	-1,281	,765	,219	-3,10	,53	
		Alta médica	-1,330	,765	,195	-3,14	,49	
	Ambulatório	Hospitalizado	1,281	,765	,219	-,53	3,10	
		Alta médica	-,048	,191	,965	-,50	,40	
	Alta médica	Hospitalizado	1,330	,765	,195	-,49	3,14	
		Ambulatório	,048	,191	,965	-,40	,50	
RESILIÊNCIA_TOTAL	Hospitalizado	Ambulatório	,846	,864	,592	-1,20	2,90	
		Alta médica	,786	,864	,635	-1,26	2,83	
	Ambulatório	Hospitalizado	-,846	,864	,592	-2,90	1,20	
		Alta médica	-,060	,215	,958	-,57	,45	
	Alta médica	Hospitalizado	-,786	,864	,635	-2,83	1,26	
		Ambulatório	,060	,215	,958	-,45	,57	
SWBQ_TOTAL	Hospitalizado	Ambulatório	-1,627*	,564	,013	-2,97	-,29	
		Alta médica	-1,752*	,564	,007	-3,09	-,41	
	Ambulatório	Hospitalizado	1,627*	,564	,013	,29	2,97	
		Alta médica	-,125	,140	,648	-,46	,21	
	Alta médica	Hospitalizado	1,752*	,564	,007	,41	3,09	
		Ambulatório	,125	,140	,648	-,21	,46	

BEM_ESTAR_SUBJECTI VO	Hospitalizado	Ambulatório	-1,158*	,370	,006	-2,04	-,28
		Alta médica	-1,301*	,370	,002	-2,18	-,42
	Ambulatório	Hospitalizado	1,158*	,370	,006	,28	2,04
		Alta médica	-,142	,092	,275	-,36	,08
	Alta médica	Hospitalizado	1,301*	,370	,002	,42	2,18
		Ambulatório	,142	,092	,275	-,08	,36

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Output 58: Comparações múltiplas (teste Tukey) das variáveis psicossociais e o estado atual