PSICOLOGIA.COM.PT
O PORTAL DOS PSICÓLOGOS

GENERALIDADES E SINGULARIDADES DA DOENÇA EM FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA, *STRESS* E *COPING*

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Sistémica

(2007)

Ana Filipa de Almeida Lopes
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

Orientação:
Professora Doutora Madalena Carvalho Lourenço

Contactos:
anaallo23@hotmail.com

RESUMO

Esta investigação intenta apurar se as famílias saudáveis, com doença crónica, não crónica ou ambas se diferenciam entre si. Por isso, recorremos à análise de três conceitos: qualidade de vida, stress e coping. Os resultados apontam para um acréscimo de stress na presença de doença crónica e não crónica. Frisamos a importância da etapa do ciclo vital da família, nível sócio-económico e habilitações literárias. Surpreendentemente, o divórcio revela-se protector quanto ao stress. Alertamos para a importância de considerar nas nossas intervenções a percepção familiar e o contexto em que a família se insere.

Palavras-chave: Doença, *qualidade de vida*, *stress*, *coping*, família, contexto, ciclo vital

---

INTRODUÇÃO

O presente estudo insere-se no âmbito de outras monografias a serem elaboradas por um grupo de alunos do Mestrado Integrado em Psicologia, que se debruçam sobre a complexidade das dinâmicas familiares, tendo por base os conceitos de *qualidade de vida*, *stress* e *coping*.

Reconhecendo a importância de uma concepção integrada de situações particulares na conceptualização da família, enquanto unidade em mudança permanente, propomo-nos esboçar caminhos onde se possa dar uma melhor compreensão da realidade em que as famílias nacionais se inserem, realidade que tem sofrido inúmeras alterações ao longo dos anos. Daqui decorre um conhecimento que irá ser proveitoso no delinear de uma intervenção terapêutica mais eficaz.

Assim, a investigação mais global intenta iniciar o trabalho de adaptação e validação para a população portuguesa dos seguintes instrumentos: *Qualidade de Vida*, FILE e F-COPES. Os nossos objectivos reportam-se ao estabelecimento de normas referentes a grupos especiais da população portuguesa e à elaboração de estudos psicométricos (nomeadamente consistência interna, teste-reteste e validade de constructo).

O nosso trabalho mais específico tem o intento de demonstrar o peso da ausência de saúde na vida dos sujeitos. Considerámos na nossa análise, uma série de variáveis que pretende abarcar a complexidade das diversas áreas de vida.

Sabendo que a investigação relativa aos conceitos de *qualidade de vida*, *stress* e *coping* se tem debruçado pouco na dimensão familiar, o nosso estudo pretende suscitar um debate mais aceso no seio desta temática. A nossa abordagem intenta ilustrar as alterações nas dinâmicas familiares concomitantes à presença de patologia. Consequentemente, de modo a alcançarmos os nossos objectivos específicos, recorremos a famílias utentes de serviços de saúde/cuidados primários e a famílias que recorrem à terapia familiar.

I – Enquadramento conceptual

As noções de saúde e doença têm vindo a sofrer diversas alterações nas suas definições. O modelo biomédico conceptualizou a saúde como ausência de doença. Esta reportar-se-ia somente ao plano biológico. Assim, tratar doenças seria equivalente a criar saúde. A Organização Mundial de Saúde (*in* Reis, 1998) atribui um sentido mais positivo ao estado saudável, dado que passa a ser entendido como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. Esta descrição apresenta uma visão mais global do ser humano, conquanto um pouco utópica. Dubos (*in* Reis, 1998) entende que a saúde não deverá ser vista como um estado final de equilíbrio, mas que deve ser representada por um processo dialéctico de adaptação do sujeito, na sua globalidade, às ameaças do ambiente em que se insere. Deste modo, o sujeito, pela sucessiva adaptação às mudanças do meio, vai ficando mais apto para se confrontar com novas situações. É deste contexto teórico que emana o modelo biopsicossocial (Engel, 1977, *in* Reis, 1998) que defende uma integração das dimensões biológica, psicológica e social. Esta integração aponta para a impossibilidade de se compreender a pessoa de acordo com um modelo reducionista.

Temos assistido, no decorrer dos séculos, a um aumento da esperança média de vida, sem que, contudo, exista uma melhoria na qualidade de vida. Aliás, as situações incapacitantes e de doença crónica, têm vindo a prevalecer, constituindo-se nas principais causas de morte nas sociedades industrializadas. Assim, é compreensível que as doenças crónicas, marcadas pelo seu carácter degenerativo, constituam, actualmente, um dos maiores desafios colocados à sociedade.

Depois do consenso atingido acerca da multiplicidade de factores e causas intervenientes no processo de enfermidade, a comunidade científica passou a encará-lo na relação com factores sócio-ambientais (pobreza, apoio social informal e formal, trabalho e desemprego), comportamentais (tabagismo, exercício físico e a dieta alimentar) e psicológicos (tipo de personalidade, capacidades de *coping* e o sistema de crenças relativo à saúde).

Actualmente, a maioria dos autores é firme ao remeter-nos para a *teoria da susceptibilidade geral* (Paúl, 1995). Esta, não se focaliza na procura de causas, mas sim na compreensão da propensão de alguns grupos face à doença, estudada através da classe social.

Na sua globalidade, as doenças crónicas, apesar de muito variadas, apresentam características comuns que se relacionam com uma duração longa, intervenção paliativa, um prejuízo profundo na vida dos doentes e implicam uma grande aprendizagem por parte do paciente para lidar com a sintomatologia. Porém, existe uma grande variabilidade no significado da doença e da experiência da cronicidade, em função dos recursos aos quais os sujeitos têm acesso.

Na nossa investigação incidimos sobre três conceitos que podem caracterizar a complexidade familiar: *qualidade de vida*, *stress* e *coping*. O primeiro conceito parece-nos estar escassamente abrangido pela literatura, daí que capte um grande interesse por parte da nossa parte. Por seu lado, os termos *stress* e *coping* encontram-se exaustivamente descritos na bibliografia, sendo que as primeiras definições se reportam aos estudos de Selye e Lazarus (*in* Serra, 1988). Pretendemos, deste modo, compreender estes conceitos no seio familiar. A investigação inicial acerca desta temática reportou-se aos sujeitos diagnosticados com esquizofrenia e à sua família, postulando uma relação causal entre doença e disfuncionalidade familiar e/ou psicopatologia parental (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956; Bowen, 1961, *in* Enns, Reddon & McDonald, 1999). Posteriormente, as relações estudadas entre pais e crianças com esquizofrenia frequentemente denegriram as relações mãe-filho (Laing & Esterson, 1980, in Enns, Reddon & McDonald, 1999).

Sabendo que a literatura se reporta essencialmente aos "acontecimentos de vida", associando-os frequentemente à ocorrência de patologia, Baptista (1988) relembra uma polémica entre dois grupos de investigadores. Schroeder e Costa (1984, in Baptista, 1988) põem em causa a relação entre acontecimentos *stressantes* e doença física, afirmando que apenas estudos retrospectivos de auto-descrição é que demonstravam a existência desta relação. A problemática fulcral centrar-se-ia a nível de itens contaminados. Segundo os investigadores, a contaminação

desses itens referir-se-ia à sua ambiguidade, ao facto de estarem directamente relacionados com a doença e ao neuroticismo. Na sequência destas declarações, Maddi, Bartone e Puccetti (1987, in Baptista, 1988) elaboraram um estudo diferenciando itens contaminados e itens não contaminados, e obtiveram resultados que demonstram uma correlação significativa entre itens não contaminados e doença.

No seguimento desta polémica surgiram outras tantas que levaram os investigadores filiados nesta abordagem a preferir os estudos prospectivos como metodologia preferencial. Assim, os "acontecimentos de vida" tornaram-se na dimensão mais estudada do *stress*. Todavia, a magnitude dos resultados originais não foi replicada por investigações ulteriores. Daí, passou-se a crer que a relação entre os dois constructos estudados era quase inexistente (Schroeder & Costa, 1984, in Baptista, 1988).

Recentemente, a investigação tem-se reportado aos processos que têm lugar na família. São igualmente diversas as investigações que se debruçam na sobrecarga a que está sujeito o cuidador de um doente mental, porém, actualmente, os investigadores começaram a procurar sinais de resiliência nas famílias. McCubbin (1988, in Enns, Reddon & McDonald, 1999) define resiliência como sendo um conjunto de características familiares que as ajudam a resistir à adversidade enquanto que Walsh (1996, *in* Enns, Reddon & McDonald, 1999) refere que este conceito constitui uma ferramenta que pode conduzir à identificação de processos nucleares (competências) que permitem a transposição das crises familiares.

Segundo Shaffer (1982, *in* Serra, 1988) o termo *stress* tem recebido, ao longo da história, diversas atribuições. Detectando-se a sua existência no decurso do séc. XV, sabe-se que foi inicialmente utilizado para designar tensões ou pressões de natureza física. No começo do séc. XVIII começou a ter uma conotação humana, referindo-se a tensões ou adversidades. No século seguinte, o termo passou a usar-se em ligação com a tensão exercida sobre um órgão corporal (*in* Serra, 1988). Porém, no séc. XX o seu significado foi revertido, através dos estudos de um endocrinologista canadiano, Hans Selye (1983, *in* Serra, 1988). O autor do conceito de *stress* definiu-o como sendo uma resposta inespecífica do corpo a qualquer exigência (síndrome geral de adaptação que comporta três fases bem delineadas: reacção de alarme; resistência e exaustão), isto é, qualquer estímulo pode constituir-se como um *stressor*. Foi deste modo que o conceito de *stress* transitou do domínio biológico para o psicológico. Selye começou por utilizar este conceito não para designar um estado do organismo mas sim o contexto em que tal estado se gera, nomeadamente quando é marcadamente ambíguo (*in* Pereira, 1988). O autor distinguiu, igualmente, "*distress*" de "*eustress*". Assim, o primeiro refere-se aos efeitos potencialmente destrutivos da resposta do sujeito, enquanto que o segundo se reporta ao *stress* percepcionado como sendo agradável ou benéfico.

É neste âmbito que ao debruçar-nos sobre o stress psicológico[1], concebemos a existência de três categorias concomitantes nas diversas definições de *stress* (Houston, 1987, in Serra, 1988): baseadas nos estímulos (realçam as situações que perturbam o sujeito), focando-se, assim, nos antecedentes e reconhecendo que pessoas diferentes reagem de forma diversa à mesma situação; dão atenção ao processo interveniente (situação-estímulo), compreendendo a natureza do que se passa no indivíduo, ou seja, a sua percepção das exigências e da capacidade de resposta; realçam a resposta e analisam os indicadores do *stress* (síndroma geral de adaptação para Selye).

No estudo do stress podemos avaliar a sua gravidade analisando três componentes estruturais (Dohrenwend, Raphael, Schwartz, Stueve & Skodol, 1993, in Serra, 2005): estímulo perturbador (valência negativa, fatalismo, ameaça magnitude da mudança e o facto de prejudicar a capacidade física do sujeito), o modo como afecta a vida quotidiana do indivíduo e as características pessoais (vulnerabilidades genéticas, experiências do seu passado relativamente a doenças físicas ou perturbações psiquiátricas, características da personalidade, quociente de inteligência, crenças e valores relacionados com objectivos e história de experiências passadas).

De acordo com as grandes classes de situações indutoras de *stress* definidas por Serra (2005)[2], podemos incluir a doença não crónica nos acontecimentos significativos da vida dado que são situações com um início e um fim, contrariamente à doença crónica que se prolonga no tempo

Podemos assim afirmar que o stress envolve interacção com o ambiente em que o sujeito está inserido – inclusão de factores sociais (Totman, 1988) onde está presente ou é percebida uma ameaça à integridade individual, ameaça que se pode reportar tanto ao presente como ao futuro (Lazarus, 1965, in Pereira, 1988). Stress que se representa num continuum de activação (Pereira, 1988).

Do ponto de vista darwinista, podemos encarar o stress como inadaptativo quando o sujeito não se ajusta à mudança, sendo que tal situação está associada a tendências auto-destrutivas, nomeadamente ao sistema imunitário e à separação da comunidade. Ou seja, num grupo coeso, os sujeitos que não participem deixam de contribuir para atingir os objectivos grupais, antes pelo contrário, dado que entravam este processo esgotando os recursos.

Sabendo que os seres humanos não são uniformes no que concerne à vulnerabilidade ao *stress* podemos ter uma compreensão mais eficaz deste facto recorrendo a quatro factores explicativos: biológicos, psicológicos, sociais e de personalidade.

---

[1] Monat e Lazarus (1985) elaboraram uma conceptualização tripartida de *stress*. Assim, o *stress* sistémico relaciona-se com as perturbações dos sistemas tecidulares, o *stress* social em que há perturbação de uma unidade ou sistema social e o *stress* psicológico em que há factores cognitivos que levam à avaliação da ameaça (*in* Serra, 1988).

[2] Acontecimentos traumáticos, acontecimentos significativos ao longo da vida, situações crónicas de *stress*, micro e macroindutores de *stress*, acontecimentos desejados que não ocorrem e traumas ocorridos no estádio do desenvolvimento.

Os factores biológicos reportam-se essencialmente ao conceito de diátese (Zuckerman, 1999, *in* Serra, 2005), ou seja, a predisposição constitucional que induz a manifestação de uma dada alteração. Esta vulnerabilidade genética, ainda assim, não é suficiente pois requer a presença de factores potenciadores.

Os factores psicológicos encerram, em si, grande parte da complexidade deste processo, dado que dão relevo às diferenças individuais, ao significado construído pelo indivíduo e à sua história de vida.

Os traços de personalidade, dada a sua estabilidade e consistência, são fulcrais ao influenciar o modo como o sujeito agem diversas situações. É a partir deste pressuposto que Serra (2005) elabora uma categorização de personalidades vulneráveis[3] e resistentes ao *stress*[4].

Existem três níveis de análise distintos no que concerne os factores sociais: as condicionantes de acesso a apoio social, o grau de literacia do sujeito e o estrato social (Serra, 2005). Das investigações relativas ao apoio social é lícito extrair várias conclusões, nomeadamente que as pessoas com escassos recursos estão mais predispostas e consequentemente têm um menor acesso a este apoio, logo, estes sujeitos com parcos recursos quando se encontram em *stress* facilmente os perdem. Quanto ao grau de literacia, uma pessoa com boas aptidões encara melhor a mudança enquanto que alguém com um baixo nível de literacia restringe a sua rede pessoal social, mais facilmente se torna dependente e demonstra um estilo de vida menos saudável. De acordo com Kohn, Dohrenwend e Mirotznick (1998, *in* Serra, 2005) e Dohrenwend, Levav e colaboradores (1998, *in* Serra, 2005) há uma maior prevalência de doença mental nos sujeitos pertencentes a estratos sociais desfavorecidos dada a existência de um maior número de condições adversas.

Já numa perspectiva sistémica vamos rever os contributos de duas autoras. Relvas (2005) apadrinha a ideia de que a família define um dado acontecimento e lhe atribui significados. Estes significados familiares, expressos através da linguagem, constituem construções colectivas e dinâmicas que se reportam a um grupo de sujeitos da mesma família em constante interacção enquanto unidade. Apresentam três níveis: ponto de vista da família sobre o mundo; identidade familiar e significados situacionais (Patterson & Garwick, 1994, *in* Relvas, 2005).

Os significados situacionais são os mais susceptíveis de mudança e facilmente acedidos pela família. Concretizando, depois de os membros de uma família avaliarem a situação e a sua capacidade de resposta, comunicam entre si, dando, deste modo, início à construção de significados. Estes podem não ser partilhados por todos e incluem-se no processo de adaptação à situação *stressante*.

---

[3] Pessoas de neuroticismo elevado, o catastrofizador, o indivíduo hostil, o indivíduo de auto-estima pobre, a pessoa com inteligência emocional pobre, o procrastinador, a personalidade Tipo A e a personalidade dependente (Serra, 2005).

[4] Pessoas com bom autoconceito, com bom sentido de humor e os optimistas (Serra, 2005).

A identidade familiar é menos visível mas encontra-se nas regras e normas familiares, sendo perpetuada nas rotinas e rituais. Define a família em diversos contextos, o modo como avalia uma situação bem como as respostas a adoptar.

Estes dois tipos de significados são englobados no ponto de vista da família sobre o mundo. Este encontra-se intrincado na cultura e, a partir daí, cada família irá integrá-lo de acordo com a sua identidade. Acontece, por vezes, que os acontecimentos familiares abalam este ponto de vista que, consequentemente, terá de ser reconstruído de modo comportar tais acontecimentos.

As famílias estão sujeitas a flutuações permanentes que ao atingirem determinada amplitude a conduzem ao ponto de bifurcação onde irá ocorrer uma transformação, isto é, uma ruptura processual (mudança) inesperada e irreversível. A crise ocorre aquando da amplificação das flutuações do sistema, surgindo associada a um incremento de *stress* e à ameaça do desconhecido, se bem que seja indispensável à evolução. Ausloos (1996, *in* Relvas, 2005) associa à noção de crise os conceitos de contexto (características do meio onde o sistema se insere) e acontecimento (modificação descontínua do estado). Deste modo, o contexto significa o acontecimento que permite a significação da crise (esta vista como o estado do sistema no momento em que a mudança está iminente) pela família.

A família no seu ciclo evolutivo é constantemente implicada na resolução de tarefas decorrentes das mudanças estruturais (transições normativas) que vai sofrendo. Estas, apesar de serem caracterizadas por um acréscimo de *stress*, são esperadas, ainda que imprevisíveis no seu desfecho. Existem, também, as chamadas crises inesperadas dado serem imprevistas quanto ao seu começo e resolução. Enquanto que as crises normativas se associam a pressões internas à família, as crises inesperadas podem ser devidas, também, a pressões externas. Este facto surte as suas implicações a nível psicoterapêutico dado que, para além de activar as competências da família e mobilizar os seus recursos (postulado da competência das famílias) é, ainda, necessário introduzir informação nova. Importa referir que a justaposição de crises normativas e crises inesperadas irá complexificar a situação, de tal modo que a sua capacidade de adaptação se encontrará no limite.

Fosson (1988) ainda dentro da visão sistémica, refere que quando associamos o termo *stress* ao conceito de família podemos encarar esta como um grupo de suporte que protege os seus membros de acontecimentos de vida *stressantes*, porém, existem alguns estudos que postulam a família como sendo uma fonte de *stress* bastante significativa (Ilfeld, 1982, *in* Fosson, 1988). Considera que os *stressores* familiares são, usualmente, pequenos acontecimentos originados dentro da família mas com uma grande prevalência a que continuamente se associa a patologia. Nesta linha de pensamento, Ilfeld (1982, *in* Fosson, 1988) demonstrou que os *stressores* sociais (associados à conjugalidade e parentalidade) estão fortemente correlacionados com a depressão. Hall e colaboradores (1985, *in* Fosson, 1988) provaram que as mães solteiras estão mais dispostas a sintomas depressivos. Sabemos, igualmente, que existe uma elevada

incidência de *stress* entre familiares de crianças com perturbações psiquiátricas, bem como padrões familiares disfuncionais.

Segundo Fosson (1988) os elementos que constituem uma família estão sob stress quando as regras familiares são exigentes, é necessária mudança, as emoções provenientes de um sujeito sob stress são partilhadas, existe discordância entre expectativas e desempenho, a comunicação não é clara, os limites não estão bem definidos, as alianças inter-geracionais são uma constante e os membros sentem falta de apoio quando esta se encontra num momento de transição, apresenta lacunas no seu padrão organizacional, algum dos seus membros apresenta características pessoais desajustadas. É neste ponto que a doença não crónica se revela fulcral dado que pode contribuir para um incremento das dificuldades familiares, ou conduzir a flutuações mais acentuadas dentro do sistema.

Relativamente ao *coping*, Lazarus e colaboradores (1974, *in* Baptista, 1988) propuseram um modelo que evidencia dimensões cognitivas, podem conduzir um indivíduo no modo de lidar com o *stress*. O confronto reporta-se aos esforços para reduzir ou tolerar as exigências e não à eficácia dessas estratégias (Folkman, 1984, *in* Baptista, 1988) e tende a decorrer de uma situação que desafia as formas habituais da pessoa se comportar, dando, deste modo, origem a afectos desconfortáveis (White, 1985, *in* Baptista, 1988). Concluímos, portanto, que a dimensão *coping* se encontra intrinsecamente ligada à noção de adaptação.

A literatura reporta-se, fundamentalmente, às vicissitudes que representam uma deslocação aguda na vida de um indivíduo (ocorrências excepcionais) ou a situações menos drásticas mas, mesmo assim, pouco comuns mas para as quais existem esquemas de orientação cultural que ajudam a resolvê-las.

São estratégias que se podem aprender por modelagem, condicionamento ou podem ser derivadas da própria personalidade de cada um. Relativamente à personalidade, Kobasa e colaboradores (1979, *in* Serra, 1988) revelam que um sujeito particularmente resistente ao *stress* manifesta controlo sobre os acontecimentos, apresenta um bom funcionamento em várias áreas da sua vida e considera a mudança como um desafio.

Subsiste um amplo consenso em torno da ideia de que os efeitos nocivos do *stress* ocorrem em função da natureza dos processos de *coping* utilizados, que na opinião de Pearlin e Schooler (1978, *in* Serra, 1988) se constituem como variáveis mediadoras.

Lazarus (1974, in Baptista, 1988) sugere que o coping pode expressar-se através de um modo intrapsíquico que tem como função a regulação interna das emoções e do stress e o modo de acção directa cujo papel é lidar com o problema que causa emoção, alterando o comportamento manifesto ou o próprio meio. Serra (2005) acrescenta também que as estratégias podem ser focadas na interacção social. Estes modos de confronto podem ocorrer concomitantemente. Aquelas que se focalizam no problema são maioritariamente utilizadas quando o stress é de baixa intensidade e a situação é considerada como controlável. São

estratégias julgadas ideais, dado que removem a fonte de stress e têm efeitos benéficos no funcionamento psicológico. Mitchell, Cronkite e Moos (1983, in Serra, 2005) concluem que os indivíduos que habitualmente adoptam esta estratégia têm menor propensão a ficarem deprimidos.

Quando o sujeito se percepciona perante uma fonte de stress mais aguda, e com poucas possibilidades de resolução, normalmente tende a adoptar uma estratégia mais orientada para o controlo das emoções que se pode concretizar de diversos modos, entre os quais o controlo perceptivo da situação[5]. O controlo emocional pode ser positivo quando ajuda a distanciar o problema de modo a reorganizar meios de confronto ou quando a situação é irresolúvel. Mas também pode ser prejudicial, caso evite o confronto com uma situação resolúvel ou caso traga malefícios a longo prazo.

A par das aptidões e recursos pessoais encontram-se os recursos sociais que se inserem nas estratégias focadas na interacção social (Serra, 2005). Esses recursos dependem da qualidade da rede social pessoal, do tipo de apoio que o indivíduo recebe[6] e da avaliação subjectiva de apoio. A sua eficácia encontra-se intimamente ligada ao tipo de situação (nas situações controláveis os melhores apoios parecem ser o instrumental e o informativo e nas situações incontroláveis o apoio afectivo é o único possível), mas também é potenciada por indivíduos que não teçam avaliações, além disso, revela-se útil caso corresponda às necessidades do sujeito. Mas, a rede social pessoal pode constituir-se como fonte de stress.

Quanto à utilização da rede de suporte, encontramos diferenças significativas no que toca ao género. As mulheres utilizam mais eficazmente o suporte social e as redes disponíveis; retiram mais proveito das suas amizades; têm um maior número de relações próximas; revelam-se mais e apresentam maior disposição para procurar e oferecer ajuda. Porém, a investigação ainda não revelou dados que nos levem a concluir se este facto se traduz num menor índice de stress (Turner & Lloyd, 1999).

Lazarus (1974, *in* Baptista, 1988) a par de Rudolf Moos (1977, *in* Baptista, 1988) dá, também, um relevo muito importante à avaliação cognitiva na significação de um acontecimento, distinguindo avaliação primária de secundária. A primeira reporta-se à avaliação que o sujeito faz de uma transacção específica. Depois desta apreciação o sujeito pode chegar a três tipos de conclusões acerca da situação: é irrelevante e por isso não exige esforços de confronto; é benigna-positiva ou é uma situação de *stress*. Esta última partiu de um pressuposto de dano (prejuízo-perda), perda (ameaça) ou de conceptualizar a situação como incluindo a possibilidade de crescimento pessoal (desafio). A avaliação secundária reporta-se aos mecanismos de *coping* que o sujeito tem à sua disposição. Assim, esta análise ocorre também nos aspectos físicos (neste

[5] Este pode ser atingido de diversas maneiras: neutralização da ameaça, ignorância selectiva, adiamento do confronto ou evitamento activo do problema (Serra, 2005).

[6] Podemos classificar o apoio social em seis tipos bem definidos (Cutrona & Russell, 1990; Powell & Enright, 1990; Cohen & Wills, 1985, *in* Serra, 2005): afectivo, emocional, perceptivo, informativo, instrumental e convívio social.

caso a saúde e o grau em que foi afectada), sociais (sistemas de suporte), psicológicos (envolvidos na aplicação de aptidões e na auto-estima) e materiais (aspectos económicos e acesso a meios de diagnóstico e tratamento). Finalmente, o sujeito reavalia a situação. Concluímos, assim, que é de enorme importância a avaliação cognitiva e a percepção que o sujeito tem da sua doença.

Usualmente, a avaliação primária de uma doença conduz ao resultado de considerar a situação *stressante*, mas a maneira como esse *stress* é visto pode determinar cursos de acção absolutamente distintos. Se o *stress* provocado implica uma perda irreparável (mais frequente na doença crónica ou na doença grave) e se a avaliação secundária não conduz à utilização de recursos de confronto, a pessoa pode encontrar-se numa situação de desespero ou apatia que a poderá impedir de solicitar ajuda. Mas se a avaliação do *stress* implica apenas a percepção de uma ameaça ou de um desafio (característica da doença não crónica), a mobilização de recursos pessoais e a procura de ajuda para resolver o problema pode ser imediata e constante.

Baptista (1988) considera que quando o sujeito não empreende um processo de confronto com a situação de saúde que provoca *stress* pode colocar-se à sua disposição uma das várias intervenções psicoterapêuticas, entre as quais se encontram o Treino de Inoculação de *Stress* de Meinchenbaum (1985, *in* Baptista, 1988), treino de relaxamento, procedimentos de reestruturação cognitiva, resolução de problemas e o treino de auto-instrução.

Um outro estudo no âmbito do *coping* (Moore, Stambrook, Peters & Lubusko, 1991, *in* Curtiss, Klemze Vanderploeg, 2000) estabeleceu uma divisão em três grupos mediante o uso (frequente, médio e raro) deste mecanismo. O grupo da categoria "frequente" reportou um melhor ajustamento marital em comparação com os que raramente utilizam mecanismos de *coping*. Já estes últimos apresentam uma melhor intimidade sexual que o grupo "médio". A análise da amostra demonstrou que os grupos diferem na idade do paciente, sendo assim, o grupo "raro" apresentou uma média de idades mais baixa e o grupo "frequente" caracterizou-se por um nível etário mais alto. Logo, lidar directamente com os efeitos da lesão poderá melhorar a satisfação com a relação conjugal.

No que concerne à doença física, a bibliografia disponível reporta-se essencialmente às doenças cardio-vasculares e ao cancro. Daí que tenhamos direccionado o nosso interesse também para a doença não crónica. Quisemos saber até que ponto a doença, nas suas diversas vertentes, afecta os sistemas familiares.

No âmbito das consequências biológicas do *stress*, Porto (1988) relaciona-o com o tubo digestivo, nomeadamente com a dispepsia funcional, a doença ulcerosa, as hemorragias digestivas e a síndrome do cólon irritável, considerando que entre os mecanismos fisiopatológicos invocados, tem sido referida uma resposta anómala ao *stress*.

Na mesma linha de raciocínio, Serra (1988) defende que quando um sujeito não consegue lidar eficazmente com uma situação stressante, pode vir a padecer de patologia física ou

psicológica. A resposta biológica ao *stress* caracteriza-se por um estado de intensa activação que, caso se mantenha, pode originar modificações funcionais significativas, susceptíveis de se constituírem como ponto de partida para futuras lesões anatómicas. Assim, a resposta aos agentes indutores de *stress* pode ser medida através de dois sistemas: simpático-medular e hipotálamo-hipófise-suprarrenal. A alteração do primeiro sistema referido pode dar origem a fenómenos de somatização, modificações degenerativas do músculo cardíaco a um enfraquecimento do sistema imunológico, causando, assim, infecções. Relativamente ao eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, a sua activação excessivamente prolongada conduz a uma destruição dos neurónios do hipocampo e a uma situação propícia a infecções.

No seu estudo, Serra (1988) concluiu que os sujeitos não registam o mesmo tipo de atitudes em diversas situações, registando também diferenças quanto ao género. Assim, as mulheres tendem a divergir dos homens quanto às estratégias utilizadas, isto é, procuram mais apoios sociais comparativamente com os colegas do sexo masculino e tendem a sentir-se mais sem controlo dos problemas.

Barros (2003), referindo-se ao domínio da pediatria, sintetiza que os estudos cujo objectivo consiste em associar stress a doença comprovaram associações significativas entre sofrimento psicológico e uma variedade de afecções. Já acerca da associação doença e stress nada podemos afirmar, dado que os estudos disponíveis não são coerentes entre si.

Curtiss, Klemz e Rodney (2000), no seu estudo acerca do impacto da lesão cerebral na família, e cientes do facto da literatura existente se debruçar no tema da adaptação e *coping* familiares como estratégias moderadoras, sentiram a necessidade de compreender a resposta da família durante a fase de recuperação. Estudos anteriores já haviam referido que uma lesão deste género frequentemente conduz à perda do emprego ou oportunidades educativas, quebras financeiras, diminuição da satisfação nas interacções familiares, diminuição do suporte social, mudança nas regras familiares e enfraquecimento do funcionamento familiar. A literatura mostra-se concordante ao considerar os sentimentos de tonalidade depressiva do cuidador como reflexo das dificuldades manifestadas pelo doente (Oddy, Humphrey & Uttley, 1978, *in* Curtiss, Klemz & Rodney, 2000), sentimentos que não se relacionam com a severidade da patologia nem com o grau de parentesco entre doente e cuidador. Contrariamente, Gervasio e Kreutzer (1997, *in* Curtiss, Klemz & Rodney, 2000) postulam que os cônjuges em comparação com os pais experienciam um incremento de sentimentos negativos, diferença que segundo Perlesz, Kinsella e Crowe (1999, *in* Curtiss, Klemz & Rodney, 2000) é criada pelas diferentes relações subjacentes ao grau de parentesco.

Reportando-nos aos efeitos do *stress* no sistema familiar, Kosciulek e McCubbin (1993, *in* Curtiss, Klemz & Rodney, 2000) aplicaram o Modelo de Resiliência do S*tress* Familiar,

Ajustamento e Adaptação[7] cujos resultados corroboraram o postulado do modelo circumplexo, mostrando que um ano após a crise (neste caso um ferimento) as famílias "equilibradas"[8] apresentavam um funcionamento superior e uma melhor comunicação que as famílias "extremas". Porém, os autores não puderam observar a eventual mudança na tipologia familiar dado que esse facto só poderia decorrer de uma investigação longitudinal.

Já numa outra investigação (Curtiss, Klemz & Rodney, 2000) encontraram-se mudanças significativas na estrutura familiar decorrente da lesão sofrida. Assim, as famílias "equilibradas" converteram-se, na sua maioria, em família "médias", já as famílias "médias" e "extremas" permaneceram inalteradas na sua estrutura. A alteração de uma família "coesa" e "flexível" para uma tipologia maioritariamente caracterizada pelo desinteresse na relação conjugal, pela rigidez nas regras familiares e na capacidade de negociação, pode reflectir a incapacidade de o sistema executivo se cingir somente a um elemento. No que concerne às famílias "extremas", estas aumentaram a procura de apoio e mostraram melhorias na resolução de problemas. Este facto pode dever-se a grande parte das famílias "extremas" terem sido "equilibradas" antes da lesão cerebral, ou então, as famílias "extremas" podem ter feito um esforço adaptativo face à adversidade. As famílias "equilibradas" posteriormente à lesão continuaram a recorrer às mesmas estratégias de *coping*, exceptuando a emoção expressa. Já aquelas que são "moderadamente equilibradas" demonstram um acréscimo na emoção expressa, comportamentos compensatórios alternativos e aceitação da situação. As famílias "médias" evitam cognitiva e emocionalmente as consequências do traumatismo.

O estudo de Leske e Jiricka (1998) acerca das consequências a nível familiar de um ferimento grave (ferimento de balas e acidentes rodoviários) encontrou resultados congruentes com os acima descritos. Os autores procuraram explicitar quais as exigências que podem conduzir a um aumento das necessidades familiares, podendo dividir-se em eventos *stressantes*, situações mal resolvidas[9] e severidade do traumatismo[10]. Os resultados observados demonstram uma congruência com o Modelo da Resiliência (McCubbin, 1991, *in* Leske & Jiricka, 1998) de que na crise, o aumento dos *stressores*, exigências e transições está relacionado com uma diminuição dos recursos, *coping*, comunicação centrada na resolução de problemas, bem-estar e adaptação familiar. Estas famílias parecem mostrar menos entendimento e aceitação das

---

[7] O Modelo de Resiliência do S*tress* Familiar, Ajustamento e Adaptação enfatiza a adaptação dinâmica da família ao *stress* ao longo do tempo (Curtiss, Klemz & Rodney, 2000).

[8] Os autores basearam-se no modelo de Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson (1983) que postula a caracterização da estrutura de uma família através da sua integração em duas dimensões, coesão e adaptabilidade. As famílias "equilibradas" estariam numa posição intermédia em ambas as dimensões, enquanto que as famílias "extremas" ocupariam um lugar mais marginal. As famílias "médias" situar-se-iam entre aquelas duas.

[9] Têm efeitos debilitantes no bem-estar e comparativamente com o actual *stressor* predizem de melhor forma a adaptação familiar.

[10] Relativamente à severidade do traumatismo, a literatura não e consensual dado que alguns autores relatam uma relação inversa entre funcionamento familiar e severidade (Yatchmenoff, Koren, Friesen, Gordon & Kinney, 1998) enquanto que outros não referem nenhuma relação significativa (Leske, 1992; Reeder, 1990, *in* Leske & Jiricka, 1998).

dificuldades, menos controlo do que as rodeia e culpam-se frequentemente pelas contrariedades que enfrentam. Então, é legítimo afirmar que o aumento das exigências, se não for mediado pelas competências familiares, poderá conduzir a complicações na recuperação do doente.

Relativamente à sanidade mental, os estudos apontam para uma interacção, especialmente relevante no caso da depressão, com o *stress*, *coping* e *qualidade de vida*.

Beach e O'Leary (1992, *in* Heene, Buysse & Van Oost, 2005) centraram o seu interesse na relação entre sintomas depressivos e harmonia conjugal e consequentemente sugeriram uma interacção complexa entre factores internos e externos (a depressão é de pior prognóstico na presença de *stress*, tal como o contrário também é válido).

Heene, Buysse e Van Oost (2005) foram mais longe ao sugerirem que a comunicação, atribuições causais e vinculação influenciam tanto a depressão como o *stress* conjugal. Assim, concluímos que os sujeitos deprimidos apresentam uma comunicação menos funcional durante os conflitos, revelam menos aptidões de resolução de problemas, as suas cognições têm frequentemente um cunho negativo e distorcido, culpabilizam-se constantemente e caracterizam-se por uma vinculação insegura. Apesar destes dois constructos estarem fortemente associados, não apresentam diferenças significativas quanto ao género.

Serra, Firmino, Ramalheira e Canavarro (1992) postulam que a eficácia das estratégias de *coping* e dos recursos familiares estão correlacionadas com a sanidade mental. Assim, os indivíduos com maior probabilidade de serem diagnosticados com perturbação emocional, pertencem a famílias que têm uma capacidade reduzida de estruturar experiências indutoras de *stress* (ou seja, torná-las mais aceitáveis, sendo deste modo mais fáceis de combater); tendência a evitar (ou negar) o confronto com situações *stressantes* e procuram preferencialmente apoio na comunidade. Descrevem, também, os sujeitos com perturbação emocional como tendo maior tendência a evitar problemas, controlam ineficazmente as suas emoções e são, na sua maioria, mais agressivos.

Faria, Serra e Firmino (1986, *in* Serra, 1988) concluíram que sujeitos que já tinham sofrido de perturbações emocionais tinham perdido a percepção de controlo da situação e evidenciavam possuírem mecanismos de *coping* mais pobres (evitando o confronto e a resolução activa dos problemas). Porém, é necessário analisar a desorganização do comportamento tendo em conta a intensidade das emoções sentidas.

Serra, Canavarro, Ramalheira e Firmino (1992) efectuaram uma diferenciação entre um grupo denominado "funcional" (caracterizado por famílias em que nenhum dos seus membros havia recorrido a ajuda psicoterapêutica) e um outro, o grupo "disfuncional" (representava as famílias em que um dos seus elementos estava a receber ajuda psicoterapêutica). As estratégias de *coping* são superiores nos membros do grupo "funcional" dado que tendem a enfrentar os problemas com atitudes de confronto e resolução activa, possuem um controlo emocional adequado e caracterizam-se por um locus de controlo interno. Concluiu-se igualmente que o

funcionamento familiar tem um efeito significativo sobre a capacidade individual de resolução de problemas.

Hickey, Carr, Dooley e Guerin (2005) analisaram famílias em que um dos membros do casal tinha sido diagnosticado com ansiedade ou depressão e concluíram que o grupo "deprimido" apresentava significativas dificuldades nas quatro áreas avaliadas: *qualidade de vida*, *stress* e apoio; funcionamento familiar; satisfação marital; atribuições da relação. Contrariamente, o grupo de controlo não apresentou dificuldades assinaláveis e o grupo "ansioso" ocupou uma posição intermédia. O grupo "ansioso" reportou algumas dificuldades nos seguintes domínios familiares: qualidade de vida, suporte social, funcionamento familiar, resolução de problemas, responsividade emocional, envolvimento afectivo, controlo comportamental, sofrimento (*distress*) conjugal, história de sofrimento na família de origem, comunicação marital sobre a resolução de problemas, comunicação afectiva no casal e atribuições internas de relações problemáticas. Porém, em todas estas áreas este grupo obteve menores pontuações relativamente ao grupo "deprimido". Além disso também demonstrou a existência de inúmeros pontos fortes presentes no grupo controlo, tais como: baixo *stress*; boa comunicação familiar; clareza nas regras; dificuldades mínimas no tempo que o casal dispõe, agressão, insatisfação sexual, desacordos financeiros, insatisfação e conflitualidade com os filhos; predominância de atribuições positivas nas relações.

Verificou-se em todos os grupos a concordância nos elementos do casal, se bem que no grupo "ansioso" os membros não diagnosticados relataram um melhor funcionamento nas diversas áreas.

Turner e Lloyd (1999), no seu estudo acerca da distribuição social da depressão, procuram associá-la à existência de factores protectores e factores de risco. Os referidos autores fundamentaram a sua investigação nos modelos que enfatizam as relações entre experiências e recursos pessoais e sociais (Pearlin, 1981, *in* Turner & Lloyd, 1999). Pearlin (1989, *in* Turner & Lloyd, 1999) a este propósito postula que as variações na exposição ao *stress* e nos meios de *coping* são devidos substancialmente às condições em que o indivíduo está inserido.

Os investigadores, Turner e Lloyd (1999), postulam que a abordagem dos "acontecimentos de vida" deverá ser associada a uma distinção relativa à duração da exposição à situação, à resolução ou não dos acontecimentos prévios e deverá prever uma estratégia que englobe a variabilidade entre os indivíduos. Weiner (1985) defende a importância do factor idade, pelo que a devemos considerar na análise do impacto de um dado acontecimento. Esta consideração parte da premissa de que certas circunstâncias têm maior probabilidade de ocorrer numa dada etapa do ciclo evolutivo.

É válido afirmar que, relativamente à faixa etária, os mais novos estão expostos a um maior número de circunstâncias *stressantes* comparativamente com os mais velhos. Relativamente ao estado civil, os solteiros relatam com maior frequência a ocorrência de situações negativas e

muitas delas com carácter crónico. Esta conclusão pode relacionar-se com o suporte social, dado que House (1981, *in* Turner & Lloyd, 1999) considera a existência de pelo menos uma relação significativa para que haja suporte. É verdade que com o avançar da idade a quantidade e qualidade das redes sociais decresce, ainda que não possamos tecer conclusões quanto à percepção do apoio obtido.

Quanto aos recursos pessoais os indivíduos com um nível elevado de controlo têm mais facilidade em prevenir a ocorrência de eventos potencialmente *stressantes*, além disso, reduz os sentimentos de tonalidade depressiva dado que encoraja uma resolução activa de problemas (Mirowsky & Ross, 1989, *in* Turner & Lloyd, 1999). A investigação foi consensual ao afirmar que a variação nesta competência é, em grande parte, devida ao meio social em que o sujeito se insere mas ainda não se podem efectuar extrapolações quanto ao género.

Vários autores chegaram à conclusão de que as estruturas sociais tanto aumentam a exposição a *stressores* como dotam os indivíduos de recursos pessoais e sociais. É neste sentido que a dependência interpessoal, característica das pessoas propensas a distúrbios de humor, se encontra inversamente correlacionada com a escolarização (Hirschfeld, 1977, *in* Turner & Lloyd, 1999). Pearlin (1989, *in* Turner & Lloyd, 1999) defende que a variação na exposição a fontes de *stress* e a disponibilidade de mecanismos de *coping* são definidos maioritariamente pelo estatuto social. Os autores também encontraram dados que nos permitem afirmar que o *stress* é relevante para a ocorrência de depressão, assim como para o aparecimento de sintomatologia depressiva.

Finalmente, convém frisar que a bibliografia disponível estabelece uma relação forte entre acontecimentos de vida, meio social adverso, apoio social insuficiente, baixa auto-estima e controlo débil (Thoits, 1983; Dohrenwend, 1998; House, 1981, 1987; Turner, 1983; Rosenberg, Schooler & Schoenbach, 1989; Turner & Noh, 1988, *in* Turner & Lloyd, 1999).

Tebes, Connell, Ross e Kaufman (2005) estudaram a concordância entre irmãos quanto ao risco (presente ou ausente) em famílias com muito ou pouco/moderado *stress*. A este propósito, Rende e colaboradores (1999, *in* Tebes, Connell, Ross & Kaufman, 2005) encontraram uma associação entre psicopatologia nas crianças e mães que estavam deprimidas. Um dos mecanismos que se pode constituir como moderador desta convergência é o *stress* familiar. Este é mais elevado nas famílias em que um dos pais apresenta psicopatologia (Minde, 1991, *in* Tebes, Connell, Ross & Kaufman, 2005), o que pode conduzir a discórdia familiar (Garmezy, 1985, *in* Tebes, Connell, Ross & Kaufman, 2005) e encontra-se associado a dificuldades no cumprimento das regras colocadas pelos pais (Nicholson, Sweeney & Geller, 1998, *in* Tebes, Connell, Ross & Kaufman, 2005).

Os resultados (Tebes, Connell, Ross & Kaufman, 2005) confirmam as suas hipóteses em virtude de ambos os membros do subsistema filial apresentarem níveis de risco quando expostos a situações de elevado *stress*, comparativamente com a ausência de risco nas condições de *stress* baixo/moderado. Estas conclusões são consistentes com o postulado de Tebes e colaboradores

(2001, *in* Tebes, Connell, Ross & Kaufman, 2005) acerca do *stress* como preditor de disfuncionalidade nas crianças. Neste estudo não foi esclarecida a inter-relação entre psicopatologia nas crianças e *stress* familiar. A este propósito é de referir que os pais cujos filhos (ou mesmo eles próprios) apresentam psicopatologia, ou algum tipo de incapacidade, referem uma maior sobrecarga (Angold et al., 1998, *in* Tebes, Connell, Ross & Kaufman, 2005).

Os estudos que vamos referir de seguida defendem uma visão mais positiva relativamente a situações de doença. Assim, Enns, Reddon e McDonald (1999) apontam para a inexistência de diferenças significativas entre famílias com membros internados numa instituição de saúde mental e famílias da população geral. No que concerne aos acontecimentos de vida, não foram encontradas diferenças significativas entre sexos na amostra, nem entre esta e a população, revelando-se uma descoberta surpreendente dada a vasta literatura acerca da sobrecarga familiar e o postulado do Duplo Modelo ABCX, no qual as famílias em crise continuadamente têm de lidar com *stressores* na fase de adaptação. Este facto poder-se-á dever à decisão de internar o doente, o que iria aliviar a sobrecarga familiar em vez de reflectir uma capacidade de gerir as tarefas diárias ou pode colocar-se, ainda, a hipótese de que as competências familiares tenham contribuído para uma redução percepcionada das fontes de *stress*. Os sujeitos da amostra, comparativamente com a população geral, reportaram mais dificuldades nas sub-escalas que medem a auto-estima, a comunicação e o apoio da família extensa (menor utilização e menos oferta de ajuda da família alargada). No F-COPES os sujeitos em estudo procuravam mais suporte social, mobilizavam mais a sua família nuclear e recorriam escassamente a ajuda espiritual, comparativamente com a população geral. Neste último tópico reside a única diferença entre géneros, dado que as mulheres solicitam ou aceitam apoio espiritual como meio de lidar com o *stress* mais frequentemente que os homens. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na expressividade (que se refere ao grau em que os familiares se interessam uns nos outros e de que modo satisfazem as necessidades emocionais), comunicação (capacidade de chegar a um entendimento por via do diálogo) e controlo (padrões de influência no sistema familiar). Estes resultados mais elevados denotam preocupação e dificuldades a estes níveis, o que suporta a ideia de que a emoção exacerbada é característica nos familiares de doentes psiquiátricos. Este estudo forneceu indicações que as famílias continuam a experienciar sentimentos de satisfação e competência apesar da responsabilidade associada à assistência de uma pessoa com doença mental. Em conformidade encontram-se pesquisas que advogam a existência de competências familiares (Handing & Zahniser, 1994; Wynne, 1994, *in* Enns, Reddon & McDonald, 1999), contribuindo, assim, para a resiliência familiar (Marsh et al, 1996, *in* Enns, Reddon & McDonald, 1999).

Também Friesen (1989, *in* Yatchmenoff, Koren, Friesen, Gordon & Kinney, 1998) afirmou que na sua maioria os pais de crianças com perturbações psicológicas sentiam que a sua vida tinha piorado em algumas áreas (*stress*), se bem que um quarto da amostra relatou progressos a nível do envolvimento parental. Messer e colaboradores (1997, *in* Yatchmenoff, Koren, Friesen,

Gordon & Kinney, 1998) ao examinarem uma amostra retirada da população geral depararam-se com uma revelação surpreendente: os sujeitos enfrentavam o mesmo fardo que os sujeitos da amostra clínica mas com menor frequência. Assim, são variadíssimos os estudos que se reportam aos efeitos benéficos decorrentes de cuidar de uma criança com algum tipo de doença, associando *stress* a *enrichment* (enriquecimento pessoal), contribuindo para suportar a noção de ocasião e risco.

Neste processo podemos identificar variáveis que suavizam o *stress* familiar entre as quais frisamos: características e necessidades da criança, características sociais e materiais (suporte social, envolvimento religioso e recursos financeiros), sentimentos de controlo, *empowerment* e serviços de saúde disponíveis (Yatchmenoff, Koren, Friesen, Gordon & Kinney, 1998).

O grau de severidade da patologia e o suporte social encontram-se correlacionados com o *stress* familiar mas não com o nível de "*enrichment*", este é influenciado fortemente pelo envolvimento religioso. Relativamente aos recursos financeiros as correlações efectuadas não se revelaram significativas em nenhuma das dimensões consideradas (talvez devido à carência de heterogeneidade no nível sócio-económico). O "*empowerment*" familiar (grau em que o cuidador expressa sentimentos de competência e confiança nas suas capacidades para lidar com o problema) é a única dimensão deste estudo que se encontra simultaneamente associada com os conceitos "*enrichment*" e *stress* (um sujeito com um nível elevado de "*empowerment*" refere a presença de menos *stress* e mais "*enrichment*") (Yatchmenoff, Koren, Friesen, Gordon & Kinney, 1998).

Hall e Docherty (2000) vieram alertar-nos para a dinâmica familiar, que pode, no seu entender, ser muito complexa e de difícil abordagem. Os autores estavam cientes de que as tentativas anteriores de correlacionar a emoção expressa e as estratégias de *coping* nos pais tinham fracassado, e que mais recentemente se sabia que as estratégias de *coping* estavam relacionadas com o comportamento do paciente, a partir do qual se podia inferir o nível de emoção expressa. A emoção expressa relaciona-se com o criticismo e o envolvimento excessivo (intrusão) dos pais, Brown e colaboradores (1966, *in* Hall & Docherty, 2000) relacionaram aquela variável com um aumento da sintomatologia em pacientes esquizofrénicos.

Acerca das estratégias de *coping*, Solomon e Draine (1995, *in* Hall & Docherty, 2000) referem que pontuações baixas nas estratégias de *coping* estão relacionadas com uma sobrecarga mais proeminente nos familiares de um doente mental. Neste sentido, a investigação revela-se consensual ao informar que o modo como os pais geralmente lidam com o *stress* pode afectar a maneira como encaram e interagem com os seus descendentes enfermos. É assim compreensível que a emoção expressa possa ser uma tentativa de lidar com um comportamento incontrolável. Relatamos, a este propósito, as pesquisas de dois grupos de investigadores (Bledin et al, 1990; Smith, Birchwood, Cochrane & George, 1992, *in* Hall & Docherty, 2000) acerca de familiares de sujeitos com doença mental. Os seus resultados apontam para que familiares que manifestavam

elevada emoção expressa tendiam a classificar-se num limite inferior no que toca a mecanismos de *coping* adaptativos, mecanismos de *coping* activos e suporte social, percepcionando-se, ainda, como sendo menos eficazes na relação com o seu parente enfermo.

Hall e Docherty (2000) referem que os pais mais assertivos são menos críticos para com os seus descendentes. Estabeleceram, igualmente, uma diferenciação a nível do género dado que as mães se mostravam excessivamente envolvidas em termos emocionais (comparativamente com os sujeitos do sexo masculino). Porém, não relataram nenhuma diferença significativa entre pais com alta ou baixa emoção expressa relativamente às estratégias de *coping*. As interacções examinadas entre *coping* parental e comportamento agressivo do paciente demonstraram a presença de criticismo parental. Os autores concluíram também que pais assertivos podem tornar-se críticos como reacção aos comportamentos dos filhos, sugerindo, deste modo, que as características do paciente também parecem interagir com a particularidade do *coping* parental que, por seu lado, prediz o nível de criticismo. A presente pesquisa mostrou a sua proficiência ao alertar para que as relações entre estilo de *coping* e emoção expressa não são simples nem directas.

Já Kinsman, Wildman e Smucker (1999) abordaram as descrições que os pais fazem dos filhos e o funcionamento parental e familiar, alertando deste modo para a importância da percepção parental.

Neste seguimento pensamos ser merecedora de destaque a investigação de Holohan e Moos (1987, *in* Kinsman, Wildman & Smucker, 1999), a qual aponta o *stress* parental como tendo um maior impacto que os eventos negativos no comportamento infantil (é essencial frisar que este estudo se reportou à população geral). Os resultados conduziram-nos às seguintes conclusões: a descrição de *stress* numa área de funcionamento estava relacionada com a presença de *stress* noutras áreas de funcionamento, mais especificamente, os pais referiam *stress* pessoal em resultado de *stress* familiar ou *stress* nos filhos; o *stress* familiar era indicado quando os pais mencionavam estar eles próprios ou os filhos em *stress*; contrariamente à bibliografia, quando os pais relatavam *stress* em si próprios ou nas famílias, raramente referiam a presença do mesmo nos filhos. Assim, a relação entre relatos dos pais e o funcionamento psicológico das crianças não se revelou tão forte como nos estudos que recorreram a amostras clínicas. É importante saber se os indivíduos que não recorrem a ajuda terapêutica gerem o *stress* de modo diferenciado daqueles que procuram aqueles serviços. É deixado também o aviso da necessidade de realizar uma avaliação psicológica aos pais quando reportam *stress* familiar ou nos descendentes.

No que concerne à obesidade, Wadden, Womble, Stunkard e Anderson (2002) afirmam que os estereótipos relativamente à obesidade abundam. Consequentemente, vigora a ideia de que os obesos são pessoas mais alegres, podendo também caracterizar-se como deprimidos ou ansiosos. Daí que os sujeitos com excesso de peso sejam frequentemente vítimas de atitudes preconceituosas e discriminativas. Os primeiros estudos relativamente a esta patologia associam-

na a um funcionamento psicológico diferenciado. Porém, alguns investigadores em virtude dos seus resultados não se terem revelado tão expressivos, vieram alertar para as irregularidades presentes na maioria dos estudos produzidos até à data.

Sumariamente, importa reter que a percepção que alguém tem do seu corpo é mais valorizada que o seu peso, daí que não possamos traçar uma relação entre obesidade e psicopatologia. A procura de ajuda profissional advém principalmente do stress a que estas pessoas parecem estar mais susceptíveis e à diminuição da qualidade de vida. Dentro desta, podemos destacar a dimensão saúde, dadas as limitações sociais a que as pessoas obesas estão sujeitas, ao incremento na comorbilidade com outras patologias e à deterioração da sua saúde física. É de frisar que por vezes as queixas que apresentam são mais acentuadas comparativamente com outras patologias (Wadden, Womble, Stunkard & Anderson, 2002).

Contrariamente aos estudos com amostras da população, as investigações relativas a sujeitos obesos em contextos clínicos referem, consistentemente, psicopatologia significativa. Porém, as respostas emocionais nesses contextos não são exclusivas dos sujeitos com esta doença (Wadden, Womble, Stunkard & Anderson, 2002).

É legítimo concluir, então, que os indivíduos obesos que procuram tratamento, reportam habitualmente níveis mais elevados de psicopatologia que os sujeitos obesos da população em geral.

II – Objectivos

O nosso projecto inicial consistia em estudar a doença *não crónica* nos sistemas familiares. Para concretizar este objectivo inicial seria necessário dispor de uma amostra significativa constituída por indivíduos portadores de *doença não crónica*. No nosso estudo esta amostra revelou-se insuficiente para proceder ao adequado tratamento estatístico. Deparámo--nos, também, com a coexistência de doença crónica e não crónica, pelo que tivemos de repensar os objectivos da nossa investigação, procedendo a uma pesquisa que incide sobre a doença na sua globalidade.

Partindo de uma perspectiva sistémica e recorrendo ao Modelo Duplo ABC-X de McCubbin e Patterson (1982, *in* Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson, 1985) pretendemos compreender o impacto da *doença* no contexto de vida familiar, partindo da premissa de que a doença, como crise inesperada, constitui um elemento gerador de tensão.

Através de uma revisão cuidada de diversas fontes bibliográficas, ficámos cientes de quais seriam os nossos objectivos. Deste modo, a tónica do presente estudo foi colocada nas famílias, sabendo que estas são importantes fontes de *stress* mas também importantes recursos em

situações adversas. Tomando como ponto de partida o modelo biopsicossocial de doença, pretendemos apresentar o ser humano como participante na sua evolução.

A escolha de três inventários tem como fim uma avaliação mais acurada dos conceitos em estudo. Sabendo que os sistemas familiares podem ser estudados em várias dimensões teóricas – tipologias familiares, recursos familiares, *stress* e mudança familiares, *coping* familiar e satisfação familiar e/ou marital – o nosso estudo incidiu sobre as três últimas.

Pretende-mos realizar uma análise comparativa entre sujeitos com doença não crónica, doença crónica, ambas (crónica e não crónica) e inexistência de doença na família (variáveis independentes) e o seu impacto no *stress*, *qualidade de vida* e *coping* familiares (variáveis dependentes). Para uma análise mais acurada incluímos aquelas que podem ser, eventualmente, variáveis mediadoras. Segue-se o modelo conceptual que criámos e do qual partimos.

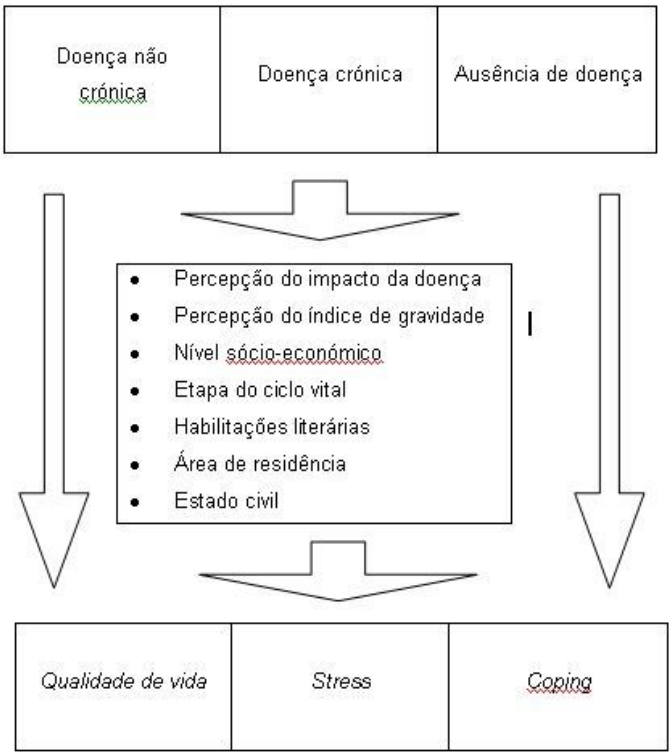

Figura 1. Modelo conceptual das relações entre as variáveis do estudo empírico.

III – Metodologia

O nosso estudo insere-se num projecto de investigação mais global, levado a cabo por um grupo de alunos do Mestrado Integrado em Psicologia.

3.1 Critérios de amostragem

A recolha da amostra decorreu em Coimbra, junto de utentes de Centros de Saúde, da Consulta Externa de Psicologia do Hospital Pediátrico de Coimbra, do Centro de Intervenção Familiar de Coimbra (CEIFAC) e do Núcleo de Seguimento e Acção Familiar (NUSIAF). Foi necessário que pelo menos um dos elementos da família tenha recorrido a um destes serviços entre quinze de Novembro e quinze de Dezembro de 2006, data em que ocorreu a primeira recolha da amostra. Em virtude de uma ainda insuficiente amostra, procedeu-se a uma segunda recolha, durante o período de dezasseis de Fevereiro a nove de Março de 2007.

3.2 Recolha da amostra

Em formato de entrevista, iniciámos a apresentação dos elementos da equipa de investigação. Respeitando o protocolo de aplicação, retomámos os objectivos gerais da investigação, para de seguida abordar a confidencialidade e o anonimato das respostas veiculadas. Obtido o consentimento informado, e tecido o respectivo agradecimento pela colaboração no projecto, introduziu-se o questionário de dados demográficos e a ficha de dados complementares. Seguidamente, procedeu-se à aplicação dos questionários (*Qualidade de Vida*, *FILE* e *F-COPES*), respeitando a ordem previamente acordada.

3.3 Caracterização da amostra

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos da amostra (género, idade, habilitações literárias, estado civil, área de residência, nível sócio-económico e etapa do ciclo vital).

Variáveis		Doença crónica N=85		Doença não crónica N=36		Ambas N=97		Nenhuma N=53		Total N=274	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Género	Masculino	37	44.5	10	27.8	25	25.8	19	35.8	91	33.6
	Feminino	48	56.5	26	72.2	72	74.2	34	64.2	180	66.4
Idade	14-23 A	5	6.2	2	5.7	7	7.2	3	6.3	17	6.5
	24-33 A	7	8.6	7	20	6	6.2	12	25	32	12.3
	34-43 A	6	7.4	8	22.9	11	11.3	13	27.1	38	14.6
	44-53 A	9	11.1	6	17.1	20	20.6	8	16.7	43	16.5
	54-63 A	21	25.9	4	11.4	30	30.9	5	10.4	60	23
	64-73 A	24	29.6	8	22.9	13	13.4	7	14.6	52	19.9
	>74 A	9	11.1	0	0	10	10.3	0	0	19	7.3
Habilitações literárias	<4º ano	9	11.4	2	5.6	7	7.2	2	3.8	20	8.3
	4º ano	35	44.3	10	27.8	39	40.2	12	23.1	96	40
	6º ano	4	5.1	7	19.4	14	14.4	5	9.6	30	12.5
	9º ano	14	17.7	9	25	20	20.6	12	23.1	55	22.9
	12º ano	7	8.9	3	8.3	5	5.2	9	17.3	24	10
	Ensino médio	2	2.5	2	5.6	4	4.1	2	3.8	10	4.2
	Ensino superior	8	10.1	3	8.3	8	8.2	10	19.2	29	12.1

Variáveis		Doença crónica N=85		Doença não crónica N=36		Ambas N=97		Nenhuma N=53		Total N=274	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estado civil	Solteiro	10	11.8	5	13.9	11	11.3	8	15	34	9.2
	Casado	63	74.1	25	69.4	71	73.2	40	75.5	199	73.4
	União de facto	1	1.2	2	5.6	1	1	3	5.7	7	2.6
	Divorciado	6	7.1	4	11.1	3	3.1	0	0	13	4.8
	Viúvo	5	5.9	0	0	8	8.2	2	3.8	15	5.5
	Separado	0	0	0	0	3	3.1	0	0	3	1.1
Área de residência	Predominantemente urbano	64	76.2	25	69.4	73	76	46	86.8	208	77.3
	Mediamente urbano	5	6	7	19.4	12	12.5	3	5.7	27	10
	Predominantemente rural	15	17.9	4	11.1	11	11.5	4	7.5	34	12.6

Nível socioeconó-mico	Baixo	56	65.9	19	52.8	54	55.7	21	39.6	150	55.4
	Médio	25	29.4	16	44.4	42	43.3	27	50.9	110	40.6
	Elevado	4	4.7	1	2.8	1	1	5	9.4	11	4.1
Etapa do ciclo vital	Casal sem filhos	4	4.9	3	8.6	1	1	4	7.5	12	4.5
	Filhos pequenos ou em idade pré-escolar	3	3.7	4	11.4	3	3	6	11.3	16	6
	Filhos em idade escolar	1	1.2	8	22.9	7	7.1	8	15.1	24	9
	Filhos adolescentes	9	11.1	4	11.4	10	10.1	12	22.6	35	13.1
	Família lançadora	31	38.3	7	20	36	36.4	13	24.5	87	32.5
	Ninho vazio	8	9.9	2	5.7	14	14.1	4	7.5	28	10.4
	Família na reforma	25	30.9	7	20	28	28.3	6	11.3	66	24.6

A amostra é constitída por 274 sujeitos e encontra-se caracterizada no Quadro 1. Verificámos ser relevante organizá-la segundo as nossas variáveis independentes, possibilitando uma leitura mais célere.

Esta amostra distingue-se nas suas características dado que existe uma predominância do género feminino. A maioria dos sujeitos do nosso estudo integra-se nas faixas etárias mais elevadas, originando, assim, uma preponderância das etapas mais avançadas do ciclo vital da família.

A população desta amostra apresenta um baixo nível de escolaridade e pertence, na sua maioria a um "nível sócio-económico" baixo ou médio[11].

Relativamente ao "estado civil", 73.4% dos sujeitos são casados enquanto que os restantes 23.2% são solteiros, divorciados, viúvos, separados ou vivem em união de facto. Na grande maioria dos casos, os nossos sujeitos residem em áreas predominantemente urbanas[12].

Podemos, deste modo, afirmar que se trata de uma amostra com características bastante particulares. Acreditamos que para este facto muito contribuíram os locais onde foi seleccionada e recolhida a amostra, mais especificamente os centros de saúde que contribuíram com grande parte dos sujeitos.

3.4 Instrumentos

De modo a caracterizarmos mais acuradamente a amostra, aplicámos uma ficha de dados demográficos e uma ficha de dados complementares. Estas fichas possibilitaram-nos caracterizar a amostra, assim como a integração de variáveis "mediadoras" no nosso modelo conceptual.

[11] Para a definição dos níveis sócio-económicos seguimos a classificação de Mário Simões (1994).

[12] Para definição da área de residência, utilizámos os critérios apresentados em *Tipologia de Áreas Urbanas*, do INE e Direcção Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano, em Junho de 1998.

McCubbin e Patterson (1982, *in* Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson, 1985) criaram diversos instrumentos de avaliação entre os quais o *FILE* (1981), o *F-COPES* (1981) e o *Qualidade de Vida* (1982). Porém, a nível nacional, verificámos que estas escalas se encontram escassamente abrangidas pela literatura, sendo um domínio a explorar.

O *Qualidade de Vida* está disponível na versão para pais e para adolescentes. A versão para pais é constituída por quarenta itens e a versão para adolescentes por vinte e cinco itens (sendo dezanove itens comuns a ambas as escalas). Avalia um conjunto alargado de variáveis relacionadas com a vida familiar, amigos, família alargada, saúde, lar, educação, lazer, religião, *mass media*, bem-estar económico/financeiro e a vizinhança/comunidade, enquanto indicadores de satisfação com a *qualidade de vida*. Na escala de resposta de cinco pontos, o resultado "um" corresponde a "insatisfeito" e uma pontuação de "cinco" a "extremamente insatisfeito", correspondendo a um resultado mais elevado de satisfação. Permite obter um indicador principal: o resultado total de *qualidade de vida*. No entanto, os autores indicam também a possibilidade de análise por factor (num total de doze). Dado não existir uma versão portuguesa deste inventário, o já referido grupo de alunos do Mestrado Integrado em Psicologia realizou a tradução e adaptação da escala, seguindo as normas da Organização Mundial de Saúde (OMS) (*in* Canavarro, 2006).

A escala *Qualidade de Vida* foi validada numa amostra de duzentos e sessenta sujeitos, dos quais 34.2 % pertencem ao sexo masculino e 65.8% ao sexo feminino. Oitenta e um sujeitos apresentavam doença crónica, trinta e cinco tinham doença não crónica, cinquenta e um eram saudáveis e três não responderam a esta categoria. As idades estão compreendidas entre os vinte e um e os oitenta e quatro anos (média de idades de 52.31). Partindo dos mesmos procedimentos estatísticos descritos em Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen e Wilson (1985), obtivemos um *alpha de cronbach* de 0.889. Procedemos a uma análise factorial, através de uma rotação *varimax*, considerando onze factores. Os valores correspondentes ao a*lpha de cronbach* permitem-nos verificar que todas as sub-escalas são admissíveis.

O *FILE* (*Family Inventory of Life Events and Changes*) é um inventário constituído por setenta e um itens que avaliam variáveis relacionadas com o *stress* e as tensões na família, relativas a acontecimentos de vida e mudanças cumulativas, ocorrendo no ciclo vital da família e que foram experienciadas no período de tempo correspondente ao último ano. Também permite avaliar, adicionalmente, alguns acontecimentos prévios ao período de tempo de referência (trinta e quatro itens dos setenta e um que constituem o instrumento). Assim, o *FILE* fornece uma indicação de vulnerabilidade da família. A escala de resposta é dicotómica (correspondendo a categorias não hierarquizadas), em que o "sim" tem a cotação de um ponto e o "não" a cotação de zero pontos. Concluímos que um resultado elevado corresponde a um nível mais elevado de *stress* na família. Permite obter três indicadores: resultado total de mudanças de vida recentes; resultado por factor (nove factores) e resultado total de mudanças de vida passadas. A versão

portuguesa foi elaborada por Vaz Serra e colaboradores (1990) – "Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida".

A amostra de validação da Escala *FILE* foi constituída por duzentos e sessenta e um sujeitos, em que oitenta e dois têm doença crónica, trinta e seis doença não crónica e cinquenta e um são saudáveis. A sua média de idades ronda os 52.2 anos, oscilando entre vinte e um e oitenta e quatro anos. Desses, 34.1 % são homens e 65.9% mulheres. No nosso estudo foi aplicada a versão de Vaz Serra e colaboradores (1990). Dado os autores (McCubbin, Patterson & Wilson, 1982) recentemente terem excluído do inventário FILE a dimensão "antes do ano passado", decidimos proceder da mesma forma. Partindo dos mesmos procedimentos estatísticos descritos em Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen e Wilson (1985) e outros mais recentemente publicados num artigo da autoria de McCubbin, Thompson e McCubbin (2001), obtivemos um a*lpha de cronbach* de 0.78 para a escala completa. Dado que os itens dez, onze e cinquenta e cinco apresentavam mais de dez por cento de *missings*, decidimos eliminá-los. Uma vez que as sub-escalas apresentaram valores de consistência interna inaceitáveis, iremos apenas proceder a uma análise da escala total nos nossos estudos.

O *F-COPES* (*Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales*) e o *Qualidade de Vida* são escalas de tipo Likert, fornecendo, assim, uma medida ordinal que possibilita uma apreciação da ordem de grandeza. O *F-COPES* é constituído por vinte e nove itens, que avaliam variáveis relacionadas com as estratégias de *coping* das famílias, isto é, atitudes e comportamentos efectivos de resolução de problemas que a família desenvolveu para responder a problemas e dificuldades que enfrenta. Tais estratégias englobam recursos familiares, recursos sociais e comunitários. A escala de resposta é de cinco pontos, em que um significa "Discordo muito" e o cinco "Concordo muito". Um resultado elevado representa uma vantagem ao nível das estratégias de *coping*. Permite a obtenção de dois indicadores: resultado total de estratégias de *coping* e resultado por factor (cinco factores). A versão portuguesa intitula-se "Escalas de Avaliação Pessoal orientadas para a Crise em Família" e foi elaborada por Vaz Serra e colaboradores (1990).

Para a validação do *F-COPES*, procedemos a uma análise factorial da escala, utilizando o método *Varimax*. Segundo o método de Kaiser foi possível extrair sete factores, no entanto, dois deles apresentavam uma consistência interna inadmissível (< .60), pelo que os itens que neles saturavam não foram aproveitados. Os restantes cinco englobaram o nosso estudo em virtude de apresentarem uma boa consistência. O *alpha* total da escala é de .866. Esta escala foi validada numa população de duzentos e setenta e quatro sujeitos, dos quais noventa e dois do sexo masculino e cento e oitenta e dois do sexo feminino. A sua média etária ronda os cinquenta anos.

Estávamos, deste modo, perante um estudo não experimental, sem o propósito de delinear hipóteses de investigação. A investigação abrange somente um ponto da vida dos sujeitos, sendo, por isso, um estudo transversal. Além disso, este tem um carácter correlacional dado que

pretendemos apurar a existência ou não de ligação (e se possível avaliá-la) entre a doença crónica, não crónica ou ambas e as três variáveis familiares (*qualidade de vida, stress e coping* familiares).

Efectuámos uma análise da variância (ANOVA) para cada escala e/ou dimensão da escala, com comparações posteriores com o teste de Tukey (teste de comparação múltipla), com o objectivo de examinar a diferença entre a média dos vários grupos de sujeitos.

IV - Resultados

Vamos apresentar os resultados do nosso estudo, dividindo-os por instrumentos de avaliação. Note-se que as tabelas significativas relativas aos resultados que agora apresentamos encontram-se em anexo (cf. Anexo 2) (para aceder aos anexos p.f contactar a autora da tese).

1. FILE:

Os resultados obtidos através de uma ANOVA univariada relativos ao FILE demonstram que o "Tipo de doença" (cf. Tabela 1) assume um estatuto importante no nível de *stress* familiar (p=.001). Podemos afirmar que a coexistência de "doença crónica" e "não crónica" se diferencia claramente da "doença crónica" (p= .010) e da "ausência de doença" (p= .001). Isto é, a presença simultânea dessas duas condições ("doença crónica" e "não crónica") constitui um factor de risco no que concerne ao *stress* familiar. Sabemos também, que por si só, a "doença não crónica" (cf. Tabela 2) se revela altamente significativa no acréscimo de *stress* familiar (p= .000). No entanto, decorrendo da análise da tabela 3 (influência do tipo de problema no *stress* familiar), não observámos diferenças significativas entre os diversos problemas. Resta, ainda, referir que a "doença crónica" não atingiu resultados significativos nesta medida do *stress* familiar.

A "percepção da gravidade" da doença (cf. Tabela 4) é estatisticamente significativa (p=.023). Mais especificamente, a diferença entre ligeira e moderada é marginalmente significativa (p= .051) e entre ligeira e severa assume valores estatisticamente significativos (p= .026). Assim, à medida que a doença se agrava aumenta também o *stress* vivenciado pela família.

Encontrámos uma influência altamente significativa da variável "etapa do ciclo vital" (p=.006) (cf. Tabela 5), que aponta no sentido de um maior nível de acontecimentos de vida nas "famílias lançadoras", por oposição às "famílias na reforma" (p= .051).

Os resultados relativos à influência das "habilitações literárias" (cf. Tabela 6) revelaram-se altamente significativos (p= .008), ainda que nenhum dos pares se distinga significativamente.

Sabemos também que o "estado civil divorciado" (contrariamente ao casado), em virtude de um *alpha* marginal (p= .061) se poderá constituir como factor de protecção no que respeita ao

stress (cf. Tabela 7). De qualquer forma, através da ANOVA constatámos que existe uma influência estatisticamente significativa do "estado civil" no resultado do FILE (p= .035).

Com as variáveis "percepção do impacto da doença", "percepção da gravidade da doença", "nível sócio-económico" e "área de residência" não obtivemos resultados estatisticamente significativos. Mesmo assim, este dado revela a sua utilidade ao informar-nos de que os sujeitos compreendidos nos diversos níveis das variáveis acima mencionadas, não se diferenciam entre si.

2. Qualidade de Vida:

Analisámos a influência da variável "estado civil" (cf. Tabela 8) na satisfação com a qualidade de vida familiar, constatando que essa influência é altamente significativa (p= .001). Através do teste de comparações à posteriori de Tukey, constatámos que os divorciados se diferenciam dos solteiros (p= .024) e dos casados (p= .002) que apresentam resultados mais elevados nesta medida. A análise estatística demonstra que relativamente ao "Casamento" (p=.000) (cf. Tabela 9) os sujeitos divorciados se encontram mais insatisfeitos comparativamente com os sujeitos em união de facto (p= .020), casados (p= .000) ou solteiros (p= .048). Na sub-escala "Saúde", apesar de esta não se revelar significativa (p= .076), o teste de Tukey detectou uma diferença que nos remete para uma melhor satisfação entre os indivíduos solteiros contrariamente aos viúvos (p= .033).

A "doença não crónica" (cf. Tabela 10) revelou-se altamente significativa nas dimensões "Casamento" (p=.000) e "Saúde" (p=.000). Do mesmo modo, a "Doença crónica" (cf. Tabela 11) também se revelou significativa na dimensão "Saúde" (p= .001) e adicionalmente na sub-escala "Tempo" (p= .027).

Tendo em conta o "tipo de doença" e "ausência de doença" (cf. Tabela 12), apurámos influências estatisticamente significativos nas sub-escalas "Casamento" (p= .006), "Saúde" (p= .000) e "Tempo" (p= .002). Utilizando o Teste Tukey podemos concluir que a presença concomitante de "doença crónica" e "não crónica" relativamente a uma "patologia crónica" é indutora de um menor grau de aprazimento nas dimensões "Casamento" (p= .009) e "Saúde" (p= .019). Nesta última distinguimos analogamente a "ausência de patologia" (que corresponde a uma satisfação mais grandiosa) dos três tipos de doença: presença simultânea de "doença crónica" e "não crónica" (p= .000); "doença crónica" (p= .028) e "patologia não crónica" (p= .005). Curiosamente, e por comparação com a "ausência de doença", acrescentamos que as famílias nas quais foi diagnosticada uma "doença crónica" (p= .001) ou ambas ("crónica" e "não crónica") (p= .048), revelam um bem-estar superior no que respeita ao "tempo" disponível.

Reportando-nos ao "tipo de problema" (cf. Tabela 13), na "doença não crónica", verificamos uma influência estatisticamente significativa na dimensão "emprego" (p= .015). Mais concretamente, sabemos que as famílias afectadas por "ansiedade" revelam uma posição

quanto à satisfação com o "emprego" inferior àquelas em que um dos seus membros está deprimido (p= .005).

A "percepção da gravidade da doença" (ligeira, moderada ou severa) (cf. Tabela 14) afecta de modo expressivo a satisfação com a *qualidade de vida* familiar. No resultado total da escala, assistimos a diferenças notórias entre doença avaliada como sendo "ligeira" e "moderada" (p= .014) e entre "ligeira" e "severa" (p= .024). Numa análise mais exaustiva (cf. Tabela 15), frisamos as dimensões "casamento" (p= .035) e "rendimento" (p= .042). No plano do "rendimento", podemos verificar que uma doença percepcionada como sendo "ligeira" comparativamente a "moderada" equivale a um maior nível de contentamento (p= .034). Similarmente, na dimensão "casamento", a diferença é marginalmente significativa entre percepção "ligeira" e "moderada" (p=.052) e significativa entre "ligeira" e "severa" (p=.050) remete-nos para uma degradação progressiva em termos de percepção de *qualidade de vida* no "casamento" simultânea ao agravamento da patologia.

A percepção do "impacto do problema" (cf. Tabela 16) relaciona-se unicamente com a sub-escala "religião" (p= .044), mais especificamente, a doença encarada como tendo um impacto muito fraco por oposição a um impacto de nível quatro (numa escala em que um corresponde a "muito fraco" e cinco a "muito forte"), remete-nos para uma satisfação mais pronunciada (p= .025).

Ainda na mesma escala, as "habilitações literárias" (cf. Tabela 17) provaram ter uma influência notória nas dimensões "saúde" (p= .038), "lar e educação" (p= .036), "tempo" (p= .000), "religião" (p= .005) e "rendimento"(p= .046). Relativamente à dimensão "tempo", ter menos de quatro anos de ensino difere de ter seis (p= .002), nove (p= .030), doze (p= .001) ou o ensino superior (p= .001). Ou seja, as "habilitações literárias" inferiores ao primeiro ciclo parecem induzir uma maior satisfação (pontuação mais elevada na escala) no que respeita ao tempo disponível, comparativamente com habilitações superiores (à excepção do ensino médio). Quanto à sub-escala "religião", apurámos um menor agrado dos sujeitos com o 9º ano, por oposição àqueles com o 4º ano (p= .040) ou menos (p= .003).

Verificámos que a "etapa do ciclo vital" da família (cf. Tabela 18) influencia algumas dimensões da *qualidade de vida*, com um nível de significância digno de reparo nomeadamente nas sub-escalas "saúde" (p= .018), (apesar de não encontrarmos significância estatística entre nenhum par do grupo de sujeitos) "tempo" (p= .000) e "rendimento" (p= .002). Apurámos que a "família na reforma" se situa numa posição privilegiada relativamente ao tempo livre por oposição ao "casal sem filhos" (p= .047), "filhos em idade escolar" (p= .001) e "filhos adolescentes" (p= .000); e que a "família lançadora" se evidencia relativamente à família com "filhos adolescentes" (p= .017). Já na dimensão "rendimento", as "famílias lançadoras" distinguem-se notoriamente das "famílias na reforma" (p= .019) e "ninho vazio" (p= .004), revelando resultados mais elevados.

A variável "nível sócio-económico" (cf. Tabela 19) exerce o seu poder nas dimensões "saúde" (p= .022) e "tempo" (p= .024)[13]. Nesta última, um baixo "nível sócio-económico" corresponde a uma satisfação mais pronunciada relativamente ao tempo disponível, por oposição a um "nível sócio-económico" elevado (p= .030).

A "doença crónica" e a área de residência não se revelaram significativos no nosso tratamento estatístico.

Note-se que, a título experimental, averiguámos o possível efeito mediador do género nas nossas variáveis dependentes. Concluímos, então, que esta variável não as afecta de forma significativa.

3. F-COPES:

No que respeita às estratégias de *Coping* (cf. Tabela 20) aferidas na escala global encontrámos uma diferença marginalmente significativa (p=.052) no que toca ao "estado civil". Esta diferença já assume interesse estatístico no âmbito da sub-escala "Apoio espiritual" (p= .001), isto é, relativamente ao celibato (p=.004) e ao divórcio (p=.026), o casamento configura-se como uma vantagem em termos de estratégias de *enfrentamento* (cf. Tabela 21).

Residir numa "área mediamente urbana" (relativamente a zonas predominantemente urbanas p=.007 e rurais p=.015) é um factor protector nas estratégias de *coping* (cf. Tabela 22). Esta tendência repercute-se nas sub-escalas "apoio social" – "predominantemente urbano" difere de "mediamente urbano" (p= .031) ; diferença marginalmente significativa entre "mediamente urbano" e "predominantemente rural" (p= .053) – e "apoio formal" – "predominantemente urbano" difere de "mediamente urbano" (p= .000); diferença significativa entre "mediamente urbano" e "predominantemente rural" (p= .007) (cf. Tabela 23).

Quanto à "etapa do ciclo vital" da família, alcançámos resultados estatisticamente significativos nas sub-escalas "Avaliação passiva" (p=.019) (apesar de, com o teste Tukey, não se distinguir nenhum par de sujeitos) e "Apoio espiritual" (p=.001) (cf. Tabela 24). Nesta última, a "Família na reforma" comparativamente com os "Casais sem filhos" (p= .010), com as "Famílias com filhos pequenos ou em idade pré-escolar" (p= .029) e com "Filhos adolescentes" (p= .006) lida melhor com os acontecimentos de vida indutores de *stress*.

Em termos de "habilitações literárias" (cf. Tabela 25), os resultados com significância estatística situam-se nas sub-escalas "apoio espiritual" (p= .002) e "avaliação passiva" (p= .000). Quanto à primeira sub-escala, destacamos as diferenças estatisticamente significativas entre um nível de estudos inferior a quatro anos e entre nove (p= .002) e doze anos (p= .023); e marginalmente significativas entre menos de quatro anos e o ensino superior (p= .055) e entre

[13] É conveniente referir que na escala completa, verificámos que o "nível sócio-económico" não influencia de forma significativa a *qualidade de vida* familiar.

quatro anos e nove anos (p= .059). Estes dados remetem-nos para um decréscimo em termos de estratégias de *enfrentamento* concomitante com uma maior grau de estudos. Esta tendência mantém-se ainda relativamente à "avaliação passiva" (diferença marginalmente significativa entre quarto ano e décimo segundo ano, p= .060); diferenças expressivas relativamente ao ensino superior com quarto ano (p= .000) e com o sexto ano (p= .048).

Um "nível sócio-económico baixo" (por oposição ao médio) (cf. Tabela 26), demonstra ser protector na dimensão "apoio espiritual" (p= .038).

Importa referir que no que concerne aos "tipos de doenças", à "percepção da gravidade" e percepção do "impacto" da "doença não crónica", verificámos que estas variáveis não influenciam as estratégias de *coping* utilizadas pelos sujeitos.

V – Discussão

Os nossos resultados apontam para um maior nível de *stress* aquando da presença conjunta de doença crónica e não crónica. Segundo a perspectiva de McCubbin e Patterson (1982, *in* Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson, 1985), veiculada no Modelo Duplo ABC-X, o "empilhamento" (pile-up) de *stressores* reportar-se-ia, deste modo, a um maior número de mudanças num curto período de tempo. Assim, podemos hipotetizar que a presença conjunta de dois tipos de doença implica um maior número de tarefas que a família terá de resolver. Reportando-nos a Relvas (2005) é lícito afirmar que esta situação de simultaneidade poderá abalar a *identidade familiar* (que se reporta às regras e normas familiares) que, em última instância, poderá afectar o ponto de vista da família sobre o mundo de tal modo que tenha de ser reconstruído Então, é compreensível o facto de a presença simultânea destas patologias, induzir uma menor satisfação relativamente ao casamento e à saúde. Acreditamos que as pessoas com ambas as doenças sintam uma maior deterioração da sua saúde e da sua capacidade física, o que poderá deixá-las menos disponíveis para a conjugalidade. O casamento poderá ser afectado pela magnitude das mudanças exigidas pela patologia, podendo ocorrer, concomitantemente, a redução da capacidade de resposta e adaptação familiar. Frisamos, por fim, que os autores (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson, 1985) são prementes ao associar insatisfação a *stress* familiar.

O facto de, nesta amostra, a doença crónica não concorrer para o incremento de *stress* poderá estar relacionado com a presença de famílias que já tenham resolvido a crise dado tratar-se de uma patologia que se prolonga no tempo (Serra, 2005). Isto é, podemos estar perante famílias que já tenham efectuado a mudança tipo II necessária ao cumprimento das tarefas e rotinas exigidas pelo estado de saúde actual (Relvas, 2005). É, a nosso ver, clara e compreensível a insatisfação vivenciada por todos aqueles afectados por uma patologia crónica no que concerne

ao seu estado de saúde, dado que este invalida (num determinado grau, maior ou menor) a capacidade física do sujeito, diminui a sua autonomia e requer, até, cuidados de saúde específicos. Já relativamente ao facto de as pessoas com doença crónica ou ambas (crónica e não crónica) manifestarem um maior agrado relativo ao tempo livre de que dispõem, não podemos esconder a nossa surpresa. A nossa leitura vai no sentido de que estes sujeitos, em virtude dos avanços da medicina, tenham ao seu dispor tratamentos menos morosos. Podemos estar, também, perante patologias que não acarretem um elevado grau de invalidez. Esta ilação pode ser corroborada pelo facto de os sujeitos terem preenchido os critérios para participarem neste estudo. Além disso, esta amostra caracterizava-se por englobar sujeitos que estavam a ser acompanhados em serviços de terapia familiar ou em centros de saúde.

Mais especificamente, a doença não crónica revela-se um bom preditor no acréscimo de *stress* familiar. Podemos enquadrar esta conclusão na categorização de Serra (2005) acerca das personalidades vulneráveis e resistentes ao *stress*. Assim, as primeiras apresentariam características pessoais próximas dos doentes não crónicos. Relembrando, igualmente, as conclusões de Ilfeld (1982, *in* Fosson, 1988) e Hall e colaboradores (1985, *in* Fosson, 1988), podemos assistir à presença de patologia em conjunto com *stressores* familiares, neste caso, a família seria uma fonte de *stress*, ainda que possa ser um importante grupo de suporte (Fosson, 1988). Daí serem compreensíveis os seus efeitos negativos ao nível da satisfação relativa ao casamento e à saúde. A dimensão casamento, já havia sido examinada por Ilfeld (1982, *in* Fosson, 1988), que demonstrou que os *stressores* associados à conjugalidade e parentalidade estão bastante correlacionados com a depressão (que se insere na doença não crónica). É importante compreendermos que a patologia não crónica, por nós avaliada, englobava a depressão e a ansiedade. Este dado aumenta a necessidade de considerarmos a evidente desorganização do comportamento tendo em conta a intensidade das emoções sentidas. Entramos, então, no campo da percepção que o sujeito tem da sua doença e da consequente avaliação cognitiva. Assim, será mais fácil compreender a forma como as transacções familiares poderão estar desorganizadas. Relativamente à insatisfação relativamente à saúde, podemos pressupor que as famílias não estão a ser satisfatoriamente acompanhadas no âmbito dos problemas apresentados.

O facto de não termos registado efeitos divergentes nos diversos tipos de problemas englobados na "patologia não crónica" no FILE podem estar relacionados com as especificidades da nossa amostra ou com o facto destes problemas serem semelhantes no que concerne às suas exigências familiares. Ainda relativamente ao tipo de problema, as pessoas com distúrbio de ansiedade apresentam um agrado menos pronunciado relativamente ao emprego que as pessoas deprimidas. Este dado, contradiz o estudo de Hickey, Carr, Dooley e Guerin (2005), que afirmam que os sujeitos 'ansiosos' reportam as mesmas dificuldades dos sujeitos 'deprimidos' mas em menor grau. Este resultado inesperado confrontou-nos com diversas interrogações: "Este resultado dever-se-á à especificidade da doença?", "Será a amostra dos autores distinta da nossa

em pontos essenciais?", "Ou será que o nosso grupo de "ansiosos"se diferencia claramente do grupo dos "deprimidos" em variáveis relevantes?".

Ao contrário das investigações levadas a cabo por diversos autores (Beach & O'Leary, 1992, *in* Heene, Buysse & Van Oost, 2005; Serra, Firmino, Ramalheira & Canavarro, 1992; Faria, Serra & Firmino, 1986, *in* Serra, 1988; Heene, Buysse & Van Oost, 2005; Hickey, Carr, Dooley & Guerin, 2005), não pudemos tecer conclusões mais específicas quanto à relação entre depressão e as nossas variáveis dependentes.

Na mesma linha de Yatchmenoff, Koren, Friesen, Gordon e Kinney (1998), também nós alertamos para o facto da percepção da gravidade da doença se assumir como relevante, uma vez que o *stress* vivenciado aumenta na mesma proporção dessa gravidade. Assistimos a uma degradação progressiva em termos de satisfação com a *qualidade de vida*, mais expressiva, no casamento e rendimento familiar. Contrariamente, Oddy, Humphrey e Uttley (1978, *in* Curtiss, Klemz & Rodney, 2000) acerca do cuidador, revelaram que, de facto, não existe uma relação entre severidade da patologia e degradação da *qualidade de vida*. Encontrámos um resultado curioso relativamente à satisfação com a religião: a doença marcada por um impacto ligeiro induz um maior nível de aprazimento que um impacto mais forte (nível quatro). Julgamos que um impacto mais forte poderá induzir uma descrença relativamente à religião, induzindo um sentimento de abandono, podemos estar perante uma situação que não permita disponibilidade para procurar aconselhamento junto da igreja.

Curiosamente, as diversas doenças (crónica, não crónica e ambas) não revelaram resultados distintos a nível das estratégias de *enfrentamento*, o que diverge da posição de McCubbin (1991, *in* Leske & Jiricka, 1998) ao afirmar que, na crise, o aumento de *stressores* está relacionado com uma diminuição de estratégias de *coping*. Surpreendentemente, este dado aponta para uma indiferenciação entre famílias com e sem patologia, levando-nos a crer que talvez estas duas classes de famílias possuam os mesmos recursos para enfrentar o *stress* ou talvez as famílias atingidas por uma enfermidade tenham desenvolvido estratégias que lhes permitam prosseguir no seu ciclo evolutivo.

A etapa do ciclo vital da família encerra um papel fulcral no estudo do *stress* dado que, conforme Relvas (2005), a sobreposição de "crises normativas" e "crises inesperadas" (doença) irá complexificar a situação de tal modo que a sua capacidade de adaptação se encontrará no limite. Os dados obtidos, na nossa investigação, apontam na direcção de um maior número de acontecimentos de vida nas famílias lançadoras por oposição às famílias na reforma. Segundo Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen e Wilson (1983), o maior "empilhamento" de *stressores* ocorre na adolescência e saída de casa, ocorrendo uma queda discernível de exigências no estádio do "ninho vazio" e da reforma. Assim, cremos que a fase de lançamento comporte *stressores* que se relacionam fundamentalmente com a saída dos filhos de casa e a uma maior ênfase na vida conjugal. Dentro da *qualidade de vida*, esta variável assume relevância na

dimensão saúde, que parece decair nas etapas mais avançadas do ciclo evolutivo em virtude do envelhecimento dos indivíduos. No que concerne ao tempo disponível, as famílias na reforma estão mais satisfeitas que os casais sem filhos, famílias com filhos em idade escolar e com filhos adolescentes provavelmente relacionada com o facto de já estarem aposentados e assim disporem de uma maior disponibilidade para actividades de lazer e cumprimento de rotinas familiares. Quanto ao rendimento auferido, as famílias lançadoras encontram-se mais descontentes, que as famílias na reforma e em "ninho vazio".

A etapa do ciclo vital assume, ainda, um cariz marcante nas estratégias de *enfrentamento*, em virtude da sua significância nas dimensões avaliação passiva e apoio espiritual. Na primeira, os dados indiciam um maior recurso a esta estratégia nas famílias lançadoras, em "ninho vazio" e na reforma. Esta conclusão situa-se em linha directa com a ideia já defendida por Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen e Wilson (1983). Esta estratégia relaciona-se com uma resposta de evitamento dos problemas, reflectindo uma atitude mais pessimista. Deste modo, a família protege-se da existência de falsas expectativas, aguardando que a crise se resolva por si. A informação postula, também, que as famílias na reforma comparativamente com os casais sem filhos, famílias com filhos pequenos ou em idade pré-escolar e com filhos adolescentes, recorrem mais assiduamente ao apoio espiritual. Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen e Wilson (1983) já haviam defendido que esta estratégia é menos habitual nas duas primeiras fases do ciclo vital e mais usada na fase do "ninho vazio" e da reforma. Na população portuguesa assistimos a um abandono e descrença na religião mais frequente nas camadas jovens. Assim, é compreensível que a população idosa recorra mais frequentemente a esta estratégia a fim de manter a unidade familiar. As pequenas discrepâncias citadas podem dever-se ao tamanho da amostra ou à cultura portuguesa em que contextualizámos este estudo.

As habilitações literárias serão uma variável a considerar na análise de situações indutoras de *stress*. Este dado está de acordo com Serra (2005) que afirma que os indivíduos com baixas qualificações académicas estarão mais vulneráveis a situações *stressantes*. Infelizmente, não podemos alargarmo-nos na nossa análise em virtude da inexistência de dados mais concretos. Apurámos, também, que esta variável tem uma influência considerável nas dimensões saúde, lar e educação, rendimento, tempo e religião, respeitantes à satisfação com a *qualidade de vida*. Os indivíduos que têm uma qualificação inferior ao primeiro ciclo encontram-se mais agradados com o tempo que dispõem, relativamente aqueles com habilitações superiores (excepção feita ao quarto ano e ao ensino médio). Será lícito relacionar este achado com o tipo de actividade exercido pelos indivíduos com habilitações superiores, que os poderão absorver mais. Além disso, convém frisar que ultimamente temos assistido a uma melhoria global do nível de literacia da população portuguesa. Podemos, então, estabelecer uma ligação entre população idosa, baixas habilitações literárias e reforma. Os sujeitos com o nono ano estão mais insatisfeitos comparativamente com os com o primeiro ciclo ou menos relativamente à religião. Este facto poderá relacionar-se com as conclusões acima tecidas, pelo que não hesitamos, também, em

estabelecer um paralelismo com a população idosa que se encontra na reforma, pelo que recorre mais frequentemente ao apoio espiritual como mecanismo de *coping*. Os dados obtidos no F-COPES remetem-nos para uma diminuição do recurso ao apoio espiritual concomitante com um maior grau académico. Esta circunstância poder-se-á dever, em nossa opinião, ao facto de este tipo de apoio servir como ponto de referência para normas sociais e expectativas, papel que neste caso poderá ser ocupado por um maior acesso a outros recursos. A mesma situação parece ocorrer no domínio da avaliação passiva. Cremos que o facto de os sujeitos com um maior grau académico terem uma média de idades mais baixa, pelo que não recorrerão tão frequentemente à avaliação passiva e ao apoio espiritual. Ao contrário dos dados da literatura por nós consultados, que defendem que um grau de literacia superior equivale a estratégias mais eficazes a nível do apoio social, no nosso estudo não encontrámos dados distintos a este nível, talvez devido à nossa amostra possuir, essencialmente, um baixo nível de escolaridade.

O estado civil mostrou ser relevante no domínio das três dimensões aferidas. O Casamento assume-se claramente como um factor protector mediante o *stress*. Conclusão que verifica o postulado de Turner e Lloyd (1999) de que os solteiros mencionam um maior número de situações negativas, o que poderá relacionar-se com o suporte social (com condição mínima de uma relação significativa) (House, 1981, *in* Turner & Lloyd, 1999). No que toca à *qualidade de vida*, os nossos dados defendem que os sujeitos que terminaram uma relação estão globalmente mais insatisfeitos que os casados e os solteiros. Relativamente ao casamento, os sujeitos divorciados encontram-se numa posição claramente marcada pela insatisfação (comparativamente com os indivíduos solteiros, em união de facto ou casados). Estes dois factos apontam para que o corte de uma relação significativa altere a percepção da qualidade de vida familiar pelo sujeito. Mais uma vez, alertamos para a importância da percepção que, seguramente, será afectada pelos afectos negativos inerentes à separação. Na sub-escala saúde, parece subsistir uma satisfação mais declarada entre solteiros comparativamente aos viúvos. Em nossa opinião, os viúvos que, por norma, pertencem a uma faixa etária mais avançada, apresentarão um declínio na saúde, por oposição aos solteiros (mais novos) que estão no pico da sua capacidade física. Quanto ao lar e à educação, a viuvez e o divórcio parecem configurar-se como factores de risco, provavelmente pelas mudanças exigidas por esta nova situação. O estado civil interfere ainda no tempo e rendimento obtido. Sabemos, igualmente, que os sujeitos casados recorrem mais frequentemente que os solteiros ou divorciados ao suporte espiritual. Dado que este tipo de apoio se relaciona maioritariamente com a unidade familiar, o facto de os indivíduos divorciados não o preferirem, pode dever-se a uma descrença nos valores relativos à unidade familiar.

Em virtude das nossas fontes bibliográficas constantemente apontarem para estudos que contemplavam o género na sua análise, decidimo-nos a investigar a sua eventual influência nas nossas variáveis dependentes. Curiosamente, não encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, talvez devido à especificidade da nossa amostra onde

predominava o sexo feminino. Contudo, a literatura no âmbito do *coping* (Turner & Lloyd, 1999; Serra, 1988) aponta para um recurso mais frequente das mulheres ao apoio social.

O nível sócio-económico assume a sua relevância mediante as estratégias de *coping* e a satisfação com a *qualidade de vida* das famílias. Um baixo nível sócio-económico corresponde a uma maior satisfação quanto ao tempo disponível, comparativamente com um nível elevado. O nível sócio-económico, por nós aferido, relaciona-se com a actividade exercida e com o nível de estudos. Assim, integrámos no nível sócio-económico baixo os trabalhadores indiferenciados com uma escolaridade até ao oitavo ano. Mais uma vez, remetemos para a associação população idosa, baixas habilitações literárias e reforma. Os nossos dados, ainda que não nos permitam afirmar com segurança, remetem-nos para um maior contentamento relativamente à saúde concomitantemente a um nível sócio-económico elevado. Esta situação poderia estar relacionada com um acesso privilegiado aos cuidados de saúde. Dentro das estratégias de *coping*, mais especificamente, ao apoio espiritual, destacamos o carácter protector de um estatuto sócio-económico baixo. Postulamos, então que esta população tem mais facilidade em recorrer a esta estratégia enquanto que os sujeitos pertencentes aos outros níveis se encontram desfavorecidos neste aspecto.

Simultaneamente, residir numa área mediamente urbana dota os indivíduos de melhores estratégias de *coping* relacionadas com o apoio social e formal. O apoio social, de acordo com a literatura (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson, 1983), reporta-se às redes informais, constituídas, maioritariamente pela família, amigos e colegas. Usualmente os sujeitos procuram aconselhamento, informação e encorajamento. Poderíamos inferir, também, que num meio mediamente urbano essas redes estariam mais acessíveis e seriam mais úteis. Este acesso preferencial à rede formal pode indiciar uma maior disponibilidade desta em meios mediamente urbanos ou pode, ainda, dever-se à exaustão das redes informais.

– Limitações do estudo

Durante a elaboração das principais conclusões, constatámos a existência de algumas limitações. Primeiramente, pensamos que a não inclusão de um diagnóstico preciso relativamente à patologia não nos permite tecer conclusões seguras quanto à sua severidade e duração. Neste seguimento, cremos ser importante a realização de um estudo longitudinal que avalie o funcionamento familiar antes, durante e depois da perturbação. Este tipo de estudo permitiria traçar o desenvolvimento dos perfis identificados no nosso estudo, conduzir a uma melhor compreensão por parte dos técnicos acerca da circunstância vivenciada pela família. Como só estudámos a percepção do sujeito acerca da gravidade e impacto da doença não crónica, obtivemos uma medida subjectiva, pelo que no futuro, um estudo longitudinal se revelaria bastante importante.

Dadas as características particulares da nossa amostra e o facto de ser oriunda da região de Coimbra, as extrapolações terão de ser contidas. Assim, seria interessante, num futuro próximo, contemplar uma amostra mais heterogénea de modo a aferir a validade das nossas conclusões.

Como os resultados recolhidos se referem somente a questionários de auto-resposta que se baseiam em informação retrospectiva (com as desvantagens daí decorrentes), seria importante incorporar dados provenientes de outras fontes, de observações directas e de entrevistas.

Contrariamente ao nosso propósito inicial de recolher dados junto de dois membros do sistema executivo da família e dos adolescentes, muitas vezes obtivemos informações de um só elemento. Deste modo, não pudemos avaliar o grau de concordância entre sujeitos de uma mesma família. Além disso, um maior número de informadores permitiria uma percepção mais acurada relativamente à natureza do problema, à sua intensidade e o modo como se relaciona com a família. Nos casos em que a pessoa afectada pela doença respondia, os seus resultados podem ter sido comprometidos. Para resolver esta falha, seria importante futuramente realizar uma avaliação cuidada das capacidades do sujeito.

Grande parte da bibliografia à qual recorremos utiliza uma classificação das famílias em três níveis (equilibradas, médias e extremas) (Kosciulek & McCubbin, 1993, *in* Curtiss, Klemz & Rodney, 2000) permitindo uma melhor compreensão das dinâmicas familiares e concomitante melhoria a nível da direccionalidade da intervenção. Apesar de não termos incluído esta variável, pensamos que as investigações ulteriores irão beneficiar com a sua inserção.

Relativamente aos inventários por nós utilizados, e por falta de instrumentos portugueses que considerem as três variáveis estudadas, recorremos a três inventários americanos. Apesar da tradução e adaptação estarem concluídas em dois dos inventários (FILE e F-COPES), o grande grupo de alunos do Mestrado Integrado em Psicologia teve de realizar esse trabalho para o *Quality of Life*. Porém, será premente uma nova análise psicométrica com outras amostras.

Especificamente, ainda que o FILE estime o nível de *stress*, reporta-se apenas a acontecimentos de vida mais genéricos, não captando a especificidade das experiências do quotidiano na indução de mal-estar.

Uma vez que os resultados se basearam em dados correlacionais, devemos ser cautelosos na inferência dos efeitos observados. Assim, correlações significativas não indicam efeitos causais.

Concluímos, deste modo, que o presente estudo deve ser replicado com uma amostra mais alargada e heterogénea. Os resultados que se revelaram marginalmente significativos poderiam assumir valores interessantes e iria ser possível realizar todas as análises que o nosso modelo conceptual propõe.

VI – Conclusões

Apurámos que a presença conjunta de doença crónica e não crónica conduz a um aumento de *stress* familiar. Esta asserção encontra-se em acordo com Alarcão (2006) quando refere que o *stress* advindo de problemas particulares, não normativos, afecta fortemente a organização estrutural do sistema familiar, conduzindo a flutuações mais acentuadas dentro do sistema. Do mesmo modo, segundo o Modelo Duplo ABC-X (McCubbin & Patterson, 1982, *in* Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson, 1985), o "empilhamento" de *stressores* estaria relacionado com um maior número de mudanças e tarefas que a família terá de resolver, podendo abalar a identidade familiar (Relvas, 2005). Conduzindo, assim, a uma insatisfação com o casamento e a saúde. Supomos que as famílias afectadas por patologia crónica e não crónica, simultaneamente, possuam os mesmos recursos que as famílias sem patologia, ou que, na sua inexistência, tenham desenvolvido estratégias de *coping* dado não termos registado diferenças no F-COPES.

Curiosamente, na nossa amostra, a doença crónica não apareceu associada a um acréscimo de *stress*, supomos, então, que as famílias já tenham reorganizado os seus padrões transaccionais para poder responder funcionalmente a essa situação (Alarcão, 2006). É-nos claro o facto de esses sujeitos estarem insatisfeitos com o seu estado de saúde, pela invalidação que esta condição acarreta. Porém, estão agradados com o tempo livre de que dispõem, talvez como resultado dos avanços ao nível da medicina.

Encontrámos uma associação bastante forte entre patologia não crónica e *stress*, o que poderá apontar para a coexistência de *stressores* familiares, conduzindo a uma insatisfação pronunciada ao nível do casamento e da saúde. A nossa suposição remete-nos para a existência de um ciclo vicioso em que as interacções familiares perpetuam as dificuldades nestas duas áreas. Hipotetizamos, logicamente, que não existirá um acompanhamento destas famílias. Assistimos, também, a um aumento progressivo de *stress* e percepção da gravidade da patologia, ao mesmo tempo que diminui a satisfação com o casamento e rendimento familiar. Igualmente, os indivíduos que percepcionem um impacto mais forte da doença poderão encetar um processo de descrença na religião, levando a um sentimento de insatisfação e abandono. É de acrescentar que não alcançámos resultados que nos permitissem diferenciar os problemas quanto ao seu impacto no *stress* familiar, ainda que possamos dizer que os sujeitos "ansiosos" comparativamente com os "deprimidos" estão mais descontentes relativamente ao emprego.

A etapa do ciclo vital da família revelou-se uma potencial variável mediadora bastante importante a nível das três medidas por nós utilizadas. Assim, as famílias lançadoras enfrentam um maior número de acontecimentos de vida e estão menos satisfeitas com os rendimentos auferidos. Em contraste estão as famílias na reforma, nas quais se verifica uma queda das exigências (menos *stress*), a par de uma maior satisfação com o tempo disponível e rendimento

alcançado; recorrem mais frequentemente à avaliação passiva e ao apoio espiritual. As famílias englobadas nas últimas etapas do ciclo vital (famílias lançadoras, em "ninho vazio" e na reforma) apresentam uma atitude mais pessimista, revelando uma tendência ao evitamento dos problemas, visível na adopção preferencial da avaliação passiva como estratégia de *enfrentamento*. Frisamos, também, que os sujeitos pertencentes a um baixo nível sócio-económico se revelam mais satisfeitos com o tempo livre e procuram mais apoio espiritual. Aqui podemos estabelecer um paralelismo que justifique a coincidência de resultados, supostamente, as famílias nas últimas etapas do ciclo vital poderão pertencer, na sua maioria, a um nível sócio-económico baixo.

Também com resultados significativos em todas as nossas variáveis dependentes estão as habilitações literárias (influência no *stress*, *coping* e nas sub-escalas – saúde, lar e educação, rendimento, tempo e religião – da satisfação com a *qualidade de vida*). Quanto às dimensões tempo e religião podemos diferenciar claramente os indivíduos com um grau de literacia baixo e elevado, sendo que os primeiros se revelam mais satisfeitos. Associámos esta "descoberta" ao facto de estarmos perante uma população idosa numa situação de reforma. Os mesmos evidenciam, ainda, um recurso mais frequente ao apoio espiritual.

Um dado que se revelou interessante foi o facto de o casamento se revelar num factor protector no que toca ao *stress*. Esta descoberta demonstrou ser conconante com as afirmações de Turner e Lloyd (1999) relativamente ao suporte social. Compreensivelmente, os sujeitos divorciados estão mais insatisfeitos com a qualidade de vida, especificamente com o casamento. Os solteiros estão mais agradados com a sua saúde que os viúvos, talvez por estes, em virtude de se enquadrarem numa faixa etária mais avançada, experienciarem um declínio nas suas capacidades físicas. Os viúvos e divorciados revelaram insatisfação relativamente ao lar e à educação talvez devido às mudanças acarretadas pelo seu estado civil. Por fim, os sujeitos casados recorrem mais frequentemente ao suporte espiritual.

Quanto à residência numa zona mediamente urbana, verificamos uma influência notável a nível do *coping*, mais concretamente no apoio social e formal. Assim, nestas áreas, os indivíduos teriam à sua disposição um maior leque de recursos que permitem enfrentar mais convenientemente situações *stressantes*.

Em termos de intervenção, no futuro, seria importante avaliar todo o sistema familiar de modo a identificar membros mais assertivos que facilmente possam ser mobilizados e executar um balanço dos recursos familiares.

Sucintamente, este estudo defende a importância de considerar o contexto vivenciado pelo sujeito e a percepção da gravidade e do impacto da doença na vida familiar. Na análise da *qualidade de vida*, *stress* e *coping* será relevante incluir as variáveis mediadoras: etapa do ciclo vital da família, habilitações literárias e estado civil. Com este estudo podemos identificar populações alvo que podem beneficiar de programas preventivos.

Futuramente, as intervenções dever-se-iam focar na diminuição de *stress*, aumento de suporte social e estimulação da rede social pessoal. Para este objectivo ser mais facilmente concretizável, seria importante identificar os mecanismos pelos quais a relação entre doença, *qualidade de vida* e *stress* se estabelece.

Damos conta, também, da importância de proceder a uma avaliação do sofrimento psicológico do doente e da sua família e programar uma intervenção que vise o desenvolvimento de algumas competências psicológicas e estratégias sociais, de modo a alargar e activar potenciais redes de apoio informal, bem como modificações comportamentais no âmbito de comportamentos de saúde.

Assim, o apoio psicológico não se deverá centrar unicamente na "psicopatologia", mas também contemplar outro tipo de situações. Os cuidados psicológicos têm o compromisso de acautelar a doença grave dado que esta inevitavelmente induz reacções psicológicas e devem minimizar o impacto *stressante* da doença. É importante que os técnicos se focalizem na área preventiva e conceptualizem a Psicologia como área subjacente à eficácia de diversos tratamentos.

O papel da Psicologia, enquanto disciplina contextualizada no meio hospitalar, estende-se a todos os profissionais que nele se inserem, isto é, deverá alertar para a necessidade de trabalhar em rede, garantindo o empenho de toda a equipa de saúde.

BIBLIOGRAFIA

Alarcão, M. (2006). *(Des) Equilíbrios Familiares: Uma visão sistémica* (3ª Ed.). Coimbra: Quarteto.

Baptista, T. M. (1988). Aspectos cognitivos do "stress" associado a alterações do estado de saúde. *Psiquiatria Clínica, 9* (4), 281-286.

Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2ª Ed.) (pp. 59-68). Lisboa: Climepsi.

Canavarro, M. C., Serra, A. V., Firmino, H. & Ramalheira, C. (1993). Recursos familiares e perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica, 14* (2), 85-91.

Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., Gameiro, S. & Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica, 27* (2), 19-21. Abril – Junho.

Curtiss, G., Klemz, S. & Vanderploeg, R. D. (2000). Acute impact of severe traumatic brain injury on family structure and coping responses. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 15* (5), 1113-1123.

Eisdorfer, C. (1985). The Conceptualization of stress and a model for further study (5-21). In Zales, M. R. (ed.), *Stress in Health and Disease*. New York: Brunner/Mazel.

Enns, R. A., Reddon, J. R. & McDonald, L. (1999). Indications of resilience among family members of people admitted to a psychiatric facility. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 23* (2), 127-136.

Fosson, A. (1988). Family Stress. In Fisher, S. & Reason, J. (ed.), *Handbook of life stress, cognition and health* (161-173). Great Britain: John Wiley e Sons Ltd.

Hall, M. J. & Docherty, N. M. (2000). Parent coping styles and schizophrenic patient behaviour as predictors of expressed emotion. *Family Process, 39* (4), 435-444.

Heene, E. D., Buysse, A. & Oost, P. V. (2005). Indirect pathways between depressive symptoms and marital distress: The role of conflict communication, attributions, and attachment style. *Family Process*, *44* (4), 413-440.

Hickey, D., Carr, A., Dooley, B. Guerin, S. & colaboradores (2005). Family and marital profiles of couples in which one partner has depression or anxiety. Journal of Marital and Family Therapy, *31* (2), 171-183.

Instituto do Emprego e Formação Profissional (1994). *Classificação nacional das profissões.* Acedido em 20 de Dezembro de 2006, em: http://portal.iefp.pt/pls/gov_portal_iefp/docs/PAGE/PORTAL_IEFP_INTERNET/CPROFISSIONAL/CNP/INDICE.PDF

Instituto Nacional de Estatística (1999). *Freguesias do Continente classificadas de acordo com a Tipologia de Áreas urbanas (APU e AMU)*. Acedido em 20 de Dezembro de 2006, em: http://www.ine.pt/prodserv/quadros/047/033/002/pdf/iuc-6.pdf

Instituto Nacional de Estatística (1999). *Tipologia de Áreas urbanas*. Acedido em 20 de Dezembro de 2006, em: http://www.ine.pt/prodserv/quadros/047/033/002/pdf/iuc-4.pdf

Jackson, P. B. et al (2002). Negative life events and psychological distress among young adults. Social Psychology Quarterly, *65* (2), 186-202.

Kinsman, A. M., Wildman, B. G. & Smucker, W. D. (1999). Relationships among parental reports of child, parent, and family functioning. *Family Process*, *38* (3), 341-351.

Leske, J. S. & Jiricka, M. K. (1998). Impact of family demands and family strengths and capabilities on family well-being and adaptation after critical injury. American Journal of Critical Care, *7* (5), 383-393.

Marin, J. R. (2001). *Psicologia social de la salud* (15-87). Editorial Síntesis: Madrid.

Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., Larsen, A. S., Muxen, M. J. & Wilson, M. A. (1983). *Families: What makes them work*. Sage Publications: Beverly Hills.

Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., Larsen, A. S., Muxen, M. J. & Wilson, M. A. (1985). *Family inventories, inventories used in a national survey of families across the family life cicle* (2ª Ed). St. Paul.

Paúl, M. C. (1995). Acompanhamento psicológico de doentes crónicos e terminais (33-47). In Mcintyre, T. M. & Vila-Chã, C. (ed.), *O sofrimento do doente: Leituras multidisciplinares*. Lisboa: Associação dos psicólogos portugueses.

Pereira, O. G. (1988). Stress: Factores sociais e psicossociais. *Psiquiatria Clínica*, *9* (4), 213-218.

Porto, A. (1988). Stress e afecções médicas: Stress e tubo digestivo. *Psiquiatria Clínica*, *9* (4), 205-208.

Reis, J. C. (1998). *O sorriso de Hipócrates: A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Vega: Lisboa

Reiss, D. & Oliveri, M. E. (1991). The family's conception of accountability and competence: A new Approach to the conceptualization and assessment of family stress. *Family Process*, *30*, 193-214.

Relvas, A. P. (2005). Famílias e stress: Das crises normativas às crises inesperadas, como intervir numa perspectiva sistémica. In A. M. Pinto, & A. L. Silva, (ed.), *Stress e bem-estar: Modelos e domínios de aplicação* (pp. 43-58). Lisboa: Climepsi.

Serra, A. V. (1988). Um estudo sobre coping: O inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clínica*, *9* (4), 301-316.

Serra, A. V., Ramalheira, C. & Firmino, H. (1988). Mecanismos de coping: Diferenças entre população normal e doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, *9* (4), 323-328.

Serra, A. V., Firmino, H., Ramalheira, A. C. & Canavarro, M. C. (1992). Relation entre ressources familiales et strategies d'adaptation individuelles et familiales: Différences entre population générale et patients souffrant de perturbatios émotionnelles. *Thérapie comportementale et cognitive*, *2*, 10-16.

Serra, A. V. et al (1992). Family funcioning and coping: Differentiation between "functional" and "dysfunctional" populations. *Acta psiquiátrica portuguesa*, *38*, 119-125.

Serra, A. V. (2005). As múltiplas facetas do stress. In A. M. Pinto, & A. L. Silva, (ed.), *Stress e bem-estar: Modelos e domínios de aplicação* (pp. 17-41). Lisboa: Climepsi.

Smith, J. C. (1993). *Understanding stress and coping*. New York: Macmillan Publishing Company.

Tebes, J. K., Connell, C. M., Ross, E. & Kaufman, J. S. (2005). Convergence of sibling risk among children of parents with serious mental disorders. *Journal of Child and Family Studies, 14* (1), 29-41.

Totman, R. (1988). Stress, language and ilness (538-540). In S. Fisher, & J. Reason (ed.), *Handbook of life stress, cognition and health*. Great Britain: John Wiley e Sons Ltd.

Turner, R. J. & Lloyd, D. A. (1999). The stress process and the social distribution of depression. *Journal of health and social behaviour, 40* (4), 374-405.

Wadden, T. A., Womble, L. G., Stunkard, A. J. & Anderson, D. A. (2002). Psychosocial consequences of obesity and weight loss. In T. Wadden & A. Stunkard (ed.), *Handbook of obesity treatment* (pp. 144-150). New York: The Guilford Press.

Weiner, H. (1985). The concept of stress in the light of studies on disasters, unemployment, and loss: A critical analysis (24-30; 51-61). In M. R. Zales (ed.), *Stress in health and disease*. New York: Brunner/Mazel.

Yatchmenoff, D. K., Koren, P. E., Friesen, B. J., Gordon, L. J. & Kinney, R. F. (1998). Enrichment and stress in families caring for a child with a serious emotional disorder. *Journal of Child and Family Studies, 7* (2), 129-145.