

ESTUDO DE ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE AJUSTAMENTO MENTAL AO CANCRO DE UM FAMILIAR (EAMC-F)

Célia Samarina Vilaça de Brito Santos¹, José Pais Ribeiro², & Carlos Lopes³

¹Escola Superior de Enfermagem de São João, Porto

²Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

³Instituto Português de Oncologia, Porto

RESUMO: O presente estudo teve como objectivo analisar os resultados da tradução/adaptação cultural da *Escala de Ajustamento Mental ao Cancro de um Familiar (EAMC-F)* e estudar as suas propriedades psicométricas. O instrumento original, denominado *Mental Adjustment to Cancer Scale-Partner (MAC-P)*, foi desenvolvido por Watson e colaboradores, tendo por base a *Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC Scale)*, com o objectivo de avaliar as estratégias de *coping* e reacções emocionais à doença oncológica do(a) parceiro(a). A versão original foi traduzida para o idioma Português, sendo substituídas as palavras “cancro” por “doença” e “parceiro” por “familiar”, com vista a uma melhor aceitabilidade nos serviços de saúde e à sua aplicação mais alargada ao núcleo familiar. Foi aplicada a uma amostra de 179 familiares de doentes oncológicos com diferentes localizações anatómicas, 6 a 9 meses após diagnóstico médico. Após análise de componentes principais e validade convergente-discriminante dos itens, foram excluídos 13 itens da escala original, ficando a *EAMC-F* constituída por 27 itens. A escala é composta por quatro componentes, que descrevem os principais estilos de confronto com a doença (Desânimo/Fatalismo; Espírito de Luta; Preocupação Ansiosa/Revolta e Aceitação/Resignação). Os resultados indiciam estarmos perante uma escala fiável, válida e sensível. Concluimos que *EAMC-F* constitui um instrumento independente e específico, indicado para a avaliação das estratégias utilizadas pelos familiares de doentes oncológicos e suas respostas emocionais, embora se sugira a necessidade de novos estudos de revalidação.

Palavras chave: Ajustamento, Cancro, Familiar.

ADAPTATION STUDY OF THE MENTAL ADJUSTMENT TO CANCER SCALE-PARTNER (MAC-P)

ABSTRACT: The aim of this study is to analyse the results of the translation/cultural adaptation of *The Mental Adjustment Scale to the Cancer Scale Partner (EAMC-F)* and to study its psychometric properties. The original framework, called *Mental Adjustment to Cancer Scale-Partner (MAC-P)* was developed by Watson and his collaborators with the basis of a *Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC Scale)*, in order to evaluate the strategies of coping and the emotional reactions to the cancer illness of the partner. The original version was translated into Portuguese, replacing the words “cancer” by “illness” and “partner” by “familiar” in order to have a better acceptance in health services and a higher application in the familiar group. It was applied to a sample of 179 familiars of cancer patients with different anatomic localizations, six or nine months after the medical diagnosis. After a Principal Components Analysis and convergent-discriminant validity of the items, 13 items are excluded from the original scale, staying the *EAMC-F* with 27 items. The scale is made up of four components that describe the main styles of confrontation with the illness (Hopeless/Fatalism; Fighting Spirit; Anxious Preoccupation/Disgusting and Acceptation/Resignation). The results show that we have a reliable, valid and sensitive scale. We conclude that *EAMC-F* is an independent

* Contactar para E-mail: celiasantos@esenf.pt

and specific framework recommended to evaluate the strategies used by the familiars of the cancer patients and their emotional answers. However, we recommend the necessity of new revalidation studies.

Key words: Adjustment, Cancer, Partner.

Recebido em 14 de Outubro de 2005 / aceite em 15 Dezembro de 2005

A doença oncológica tem tido, nos últimos anos, e de acordo com os relatórios da Organização Mundial de Saúde, um aumento substancial e continuado, constituindo indubitavelmente uma das principais causas de morte a nível mundial (Dias, Manuel, Xavier, & Costa, 2002). Em Portugal, acompanhando o mesmo ritmo, registou-se um número de 3614 novos casos no ano de 1996, apenas na zona norte do País (Distritos do Porto, Aveiro, Braga, Vila Real e Viana do Castelo), segundo o último Registo Oncológico do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto (1996).

Paralelamente, nas últimas décadas, o domínio dos saberes inerentes à doença oncológica tem sido alvo de uma acentuada avalanche evolutiva, quer ao nível da sua etiologia e tratamento, quer ao nível dos processos de âmbito mais psicossocial, como a adaptação individual e a qualidade de vida. No entanto, na pesquisa bibliográfica sobre esta temática, é notória uma menor atenção prestada ao estudo da família nuclear enquanto palco de interações relacionais (Dias et al., 2002; Yates, 1999).

É, no entanto, reconhecida a sua relevância quando avaliados os benefícios do suporte social (Akechi, Okamura, Yamawaki, & Uchitomi, 1998; Fredette, 1995; Katapodi, Facione, Miaskowski, Dodd, & Waters, 2002; Marín et al., 1995; Michael, Kawachi, Berkman, Holmes, & Colditz, 2000; Sollner et al., 1999).

A família vivencia a situação de stresse relacionada com a doença tal como o seu portador, sendo indispensável o conhecimento do seu processo de adaptação psicossocial para a interacção com o doente e manutenção da qualidade de vida de ambos (Dias et al., 2002; Pereira & Lopes, 2002). Grande parte dos estudos referem-se, em exclusivo, ao parceiro – conjugue ou companheiro(a) – negligenciando assim o restante núcleo familiar, como os filhos ou irmãos (Blanchard, Albrecht, & Ruckdeschel, 1997; Dias et al., 2002; Ptacek, Ptacek, & Dodge, 1994).

A doença oncológica constitui tipicamente, um agente de stresse que implica a adopção de um leque variadíssimo de estratégias para com ela “lidar”, podendo essas estratégias ser mais ou menos favoráveis às etapas adaptativas com que se confrontam no decurso da doença. Estes processos, denominados de *coping*, têm sido largamente estudados por vários autores, em diferentes perspectivas. Na procura de definições com um certo propósito integrador, não podemos deixar de referir a teoria de Lazarus e Folkman (1986), como uma das principais referências teóricas da perspectiva psicológica. Segundo essa conceptualização, o indivíduo apresenta-se como um agente activo, quer na avaliação cognitivo/emocional individual da situação *stressante*, quer dos recursos pessoais para gerir a situação

ameaçadora (avaliação primária, secundária e reavaliação), adoptando estratégias específicas, altamente mutáveis, dinâmicas e com funções determinadas (*coping* focado no problema e focado na emoção) para reduzir o efeito devastador provocado pela ameaça e manter o seu bem-estar e qualidade de vida (Lazarus, 1991; Lazarus, 2000; Lazarus & Folkman, 1986). Segundo algumas referências teóricas, e tendo em conta as características do *stressor*, o *coping* activo (focado no problema) está associado a situações mais passíveis de controlo e é mais adaptativo. Em contrapartida, o *coping* focado na emoção, está mais associado a situações de difícil ou impossível controlo e é pouco adaptativo (Faller, Bulzebruck, Drings, & Lang, 1999; Marín et al., 1995; Ptacek et al., 1994). No entanto, não deve ser considerada a linearidade deste processo, nem excluir a importância das características individuais, nomeadamente a idade, o género e a personalidade (Carver, 1997; Carver & Scheier, 1994; Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Endler, Parker, & Summerfeldt, 1993; Folkman, 1984; Lazarus, 2000).

A crise em que os familiares se encontram após diagnóstico de doença oncológica parece ser motivado essencialmente por dois tipos de *stressores*: o stress emocional associado à situação de uma doença grave, com o mito de desfiguração associada ao tratamento, os sintomas e a cronicidade com deterioração progressiva, bem como o confronto com a possibilidade da morte; por outro lado existe o stress associado à necessidade de ser responsável pelos cuidados físicos ao doente, com todas as suas implicações para as rotinas diárias, familiares e profissionais (Blanchard et al., 1997; Kissane, Bloch, Burns, McKenzie, & Posterino, 1994; Kissane et al., 1994; Weitzner, Jacobsen, Wagner, Friedland, & Cox, 1999; Weitzner, Mc Millan, & Jacobsen, 1999; Weitzner & Mc Millan, 1999; Yates, 1999).

De acordo com Greer e Watson (1987), o ajustamento mental ao cancro pode ser definido como o conjunto de respostas cognitivas e comportamentais manifestadas por um indivíduo face ao diagnóstico de cancro. Entre um leque de respostas consideradas mais e menos adaptativas, o denominado “*fighting spirit*” (espírito de luta) é visualizado como o conjunto de respostas mais adaptativas, situando-se no extremo oposto o “*helplessness/hopelessness*” (desânimo/desesperança). Segundo os mesmos autores, o “*fighting spirit*” caracteriza-se essencialmente por um conjunto de respostas de *coping* de tipo confrontativo, manifestadas por uma visão optimista do futuro e crença na possibilidade de algum controlo sobre a doença. Por outro lado o “*helplessness/hopelessness*” caracteriza-se por um conjunto de respostas passivas face à doença, manifestadas essencialmente por uma visão negativista das suas consequências bem como a descrença sobre a possibilidade de qualquer controlo sobre ela (Greer & Watson, 1987; Watson et al., 1988).

Uma vez que a literatura documenta uma relação entre as respostas de *coping* e a morbilidade, nomeadamente a ansiedade e a depressão, ou mesmo a extensão de sobrevivência nos doentes oncológicos, os autores consideram a

importância do estudo pormenorizado desses processos (Greer & Watson, 1987; Nordin & Glimelius, 1999; Watson et al., 1988).

Em estudos posteriores Watson e os seus colaboradores (1991), concluíram ainda da associação significativa entre a repressão emocional (característica da personalidade tipo C), e a maior opção por estratégias de tipo fatalismo e desânimo/desesperança. O espírito de luta, por outro lado, aparecia negativamente associado à ansiedade e depressão. Em contrapartida, o *coping* evitamento, associado a pensamentos intrusivos sobre a doença; o desânimo/desesperança (*helplessness/"hopelessness*) e a preocupação ansiosa (*anxious preoccupation*) estavam associados a maior *distress* com implicações no bem-estar (Greer, 1999; Nordin & Glimelius, 1998).

Se bem que é consensual que os mecanismos de *coping* utilizados pelos doentes e pelos seus familiares são interdependentes e interagem entre si, podem mostrar-se como muito semelhantes, ou completamente díspares, não se verificando unanimidade nos resultados encontrados em estudos sobre esta temática (Fredette, 1995; Ptacek et al., 1994). Tanto para os doentes, como para os seus familiares próximos, a adopção de estratégias activas de confronto da doença, o evitamento da situação *stressante* e o suporte social parecem estar associados a uma menor sintomatologia, melhor saúde mental, bem-estar e qualidade de vida (Ptacek et al., 1994; Shapiro et al., 1997).

Neste mesmo sentido, as evidências encontradas na literatura sugerem a importância de estudar a família como um sistema, com inter-relações significativas, em que a pessoa doente é vista como um ser individual, integrado na família (Ptacek et al., 1999). Estes processos carecem, em muitos casos, de uma intervenção psicossocial eficaz, no sentido de melhorar o processo de adaptação conjunto, com benefícios para a qualidade de vida global da família (Lewis, 1990, Rees, Bath, & Williams, 1998).

Face à lacuna empírica focalizada no impacto da doença oncológica sobre a família, e a importância das suas interacções relacionais, desenvolvemos este trabalho, tendo como objectivos descrever as diferentes fases do processo de tradução e adaptação cultural de um instrumento de avaliação da adaptação psicossocial e resposta emocional à doença, a *Escala de Ajustamento Mental ao Cancro de um Familiar (EAMC-F)*, bem como descrever as suas propriedades psicométricas.

A escala em estudo foi criada com base na *Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC Scale)* por Watson e seus colaboradores (Greer, Moorey, & Watson, 1989; Watson et al., 1988; Watson, Greer, & Bliss, 1989). Foi desenvolvida no King's College Hospital e no Royal Marsden Hospital de Londres, baseada num estudo com 235 doentes com diversos tipos e estadios de doença oncológica. Foi concebida para estudos clínicos de grande dimensão, com a finalidade de avaliar a extensão pela qual os doentes adoptam determinadas respostas no processo de adaptação ao diagnóstico e tratamento da doença oncológica (McLachlan, Devins, & Goodwin, 1999). Pode ainda ser utilizada na monitorização da evolução de doentes submetidos a psicoterapia (Santos et al., 1994).

A *MAC* tem sido utilizada em inúmeros estudos, mostrando ser uma escala adequada às características dos doentes, fiável, estável e de fácil aplicação (Fukui et al., 2000; Greer & Watson, 1987; Nordin & Glimelius, 1999). Posteriormente foi traduzida e adaptada para diferentes idiomas, sendo considerada como um instrumento válido para o estudo simultâneo das estratégias de *coping* e reacções emocionais à doença oncológica (Nordin & Glimelius, 1999).

Esta escala mede um conjunto de respostas psicológicas ao diagnóstico de cancro: *Espírito de Luta; Desânimo/Desesperança; Preocupação Ansiosa, Fatalismo e Evitamento*. O último grupo mencionado, dado conter apenas um item, não foi considerado pelos autores como uma sub-escala.

Na década passada Watson e colaboradores (Watson et al., 1994) criaram uma versão reduzida desta escala, o *Mini-MAC*, composta de 26 itens que incluem alguns itens novos e outros da escala original, e que se organizam nas mesmas componentes do instrumento inicial.

Watson e seus colaboradores (Watson et al., 1988), criaram ainda uma versão da escala *MAC* para o conjugue/parceiro do doente oncológico, no sentido de complementarem o estudo da validade da escala *MAC*, procedendo à inter-correlação entre as respostas dos doentes e seus conjugues/parceiros. Obtiveram uma correlação aceitável nas diferentes sub-escalas (entre 0,63, $p < 0,01$ e 0,76, $p < 0,001$), com excepção para a componente de evitamento, em que não foi evidente a correlação (justificado pela inclusão de apenas um item). Não conhecemos, no entanto, qualquer estudo desenvolvido pelos autores sobre a validação desta versão da escala *MAC* para o conjugue/parceiro.

A necessidade de um instrumento adaptado às nossas características culturais, válido e fiável para a avaliação das estratégias utilizadas pelos familiares, no confronto com a doença oncológica, parece-nos fundamental para o diagnóstico de situações de risco e planeamento de intervenções sociais de apoio, centradas em todo o núcleo familiar e não exclusivamente no doente. É com esta finalidade que procedemos ao presente estudo.

MÉTODO

Participantes

Para serem elegíveis para o estudo, os participantes deveriam cumprir os seguintes critérios: (a) serem familiares ou amigos muito próximos do doente oncológico; (b) terem idade igual ou superior a 18 anos; (c) saberem ler e escrever em Português; (d) não apresentarem alterações neurológicas ou cognitivas impeditivas do preenchimento do questionário; (e) não apresentarem doença oncológica e (f) aceitarem, após informação, participar no estudo.

Participaram 179 familiares de doentes oncológicos cujas idades estavam compreendidas entre 18 e 75 anos ($M=42,8$; $DP=13,7$) e apresentavam entre 2

e 19 anos de escolaridade ($M=9$; $DP=5,2$). A maioria dos familiares era do sexo feminino (64%), casadas ou em união de facto (78%) e empregadas (67%). Tinham entre 0 e 8 filhos ($M=1,3$; $DP=1,2$) e viviam em regime de coabitação entre 0 e 6 pessoas ($M=2,6$; $DP=1,2$). A relação com o doente oncológico era muito próxima, sendo na sua maioria conjugues ou companheiros (49%), ou então filhos ou filhas (37%). Habitavam maioritariamente no Distrito do Porto (64%).

Os doentes oncológicos a seu cargo apresentavam uma amplitude de idades entre 23 e 78 anos ($M=55,5$; $DP=12,6$) e tinham entre 1 e 22 anos de escolaridade ($M=6,3$; $DP=4,3$). Eram, na sua maioria, também do sexo feminino (59%), casadas ou em união de facto (86%) e empregadas (41%), embora como seria de esperar, parte delas se encontrassem de baixa clínica para tratamento ou recuperação da doença (21%). Apresentavam patologia de foro digestivo (38%) seguido da mama (34%), e em número inferior, patologia de foro urológico (17%) e ginecológico (11%). Embora a grande maioria já tivesse realizado tratamentos diversificados para a sua doença nos últimos seis meses (97%), mais de metade dos doentes encontravam-se ainda em processo de tratamento (58%). Mais características sócio-demográficas e clínicas da amostra global são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1

Características sócio-demográficas e clínicas da amostra global (familiares e doentes)

Variáveis sócio-demográficas e clínicas		Familiares <i>n</i> (%)	Doentes <i>n</i> (%)
Sexo	Feminino	114 (63,7)	106 (59,2)
	Masculino	65 (36,3)	73 (40,8)
Estado civil	Solteiro (a)	37 (20,7)	6 (3,4)
	Casado (a) / União de facto (a)	139 (77,7)	154 (86)
	Divorciado (a)/ Separado (a)	2 (1,1)	4 (2,2)
	Viuvo	1 (0,6)	15 (8,4)
Situação laboral	Empregado (a)	120 (67)	74 (41,3)
	1. Activo (a)	113 (63,1)	37 (20,7)
	2. Com baixa	7 (3,9)	37 (20,7)
	Desempregado (a)	11 (6,1)	24 (13,4)
	Reformado (a)	24 (13,4)	63 (35,2)
	Doméstica	13 (7,3)	16 (8,9)
	Estudante	10 (5,6)	2 (1,1)
Parentesco com o doente	Conjuge (marido/esposa; companheiro/a)	87 (48,6)	
	Filho / Filha	67 (37,4)	
	Irmão / Irmã	11 (6,1)	
	Outros (netos, sobrinhos, cunhados e noivo)	14 (7,8)	
Grupo oncológico dos doentes	Digestivo		68 (38)
	Mama		61 (34,1)
	Urológico		30 (16,8)
	Ginecológico		20 (11,2)
Tratamento actual	Médico		53 (29,6)
	Quimioterapia		33 (18,5)
	Radioterapia		10 (5,6)
	Quimioterapia + Radioterapia		2 (1,2)
	Medicina alternativa		1 (0,6)
	Nenhum		75 (41,8)
	Outro (fisioterapia e imunoterapia)		5 (2,8)

Nota. Um dos familiares não respondeu às questões relacionadas com a situação laboral.

Instrumentos

No presente estudo, utilizamos os seguintes instrumentos de colheita de dados:

- 1) *Escala de Ajustamento Mental ao Cancro de um Familiar (EAMC-F)* foi traduzida e adaptada da *Mental Adjustment to Cancer Scale – Partner (MAC Scale-P)* de Watson e colaboradores (1988), com a finalidade de avaliar a extensão pela qual os familiares dos doentes oncológicos adoptam determinadas respostas no processo de adaptação ao diagnóstico e tratamento da doença.

Depois de concedida autorização pelos autores do presente questionário, procedemos à sua tradução e adaptação, de acordo com a metodologia que se descreve em seguida:

- a) Tradução do questionário para o idioma falado e escrito em Português. Foi mantida a estrutura e características da escala de origem, substituindo apenas as palavras “cancro” por “doença” e “parceiro” por “familiar”. A primeira substituição prende-se com a melhor aceitabilidade por parte dos serviços de saúde e pelos respondentes e a segunda com as características específicas da amostra.
- b) Retroversão para a língua original por um tradutor independente.
- c) Comparação das duas versões do questionário, discutidas e corrigidas as eventuais diferenças existentes entre elas.
- d) Análise e discussão dos pontos críticos da escala com especialistas (Professor da língua inglesa; Enfermeiros, outros Técnicos de Saúde de unidades oncológicas e Investigadores).
- e) A versão final de consenso foi então aplicada à população alvo (estudo piloto).

Para a realização do estudo piloto, a *MAC Scale-P* traduzida foi aplicado a 20 familiares de doentes oncológicos (com diferentes tipos de doença oncológica e diferentes fases de evolução), que após o preenchimento da escala, foram questionados sobre: compreensão e pertinência das questões; facilidade de preenchimento e inclusão de itens desnecessários ou ofensivos.

Todos os familiares referiram boa compreensão e aceitação das questões apresentadas, solicitando apenas esclarecimento sobre a opção de resposta nas questões 12, 20, 34 e 37¹. O tempo de resposta ao questionário situou-se entre os 10 e os 20 minutos.

¹ Item 12 – “Entreguei a saúde do meu familiar nas mãos de Deus”; Item 20 – “Estou decidido a por tudo isto para trás das costas”; Item 34 – “Encaro a doença do meu familiar como um desafio”; Item 37 – “Sinto-me muito zangado com o que lhe aconteceu”.

Após análise dos resultados do estudo piloto, considerámos mais segura a não alteração ou eliminação de qualquer item nesta fase, submetendo o questionário a uma aplicação mais alargada, para uma análise mais consistente da sua aplicabilidade à população Portuguesa.

A *MAC Scale-P* original é composta por 40 afirmações, cujas respostas são apresentadas numa escala de concordância, tipo *Likert*, com 4 opções de resposta, correspondendo ao número 1 a resposta “*não se aplica de modo nenhum a mim*”, ao 2 “*não se aplica a mim*”, ao 3 “*aplica-se a mim*” e ao 4 “*aplica-se totalmente a mim*”. As respostas são cotadas de acordo com as indicações dos autores, descritas no seu manual específico (Watson et al., 1989).

Dela podem ser extraídas quatro componentes ou sub-escalas: *Espírito de Luta* (composta por 16 itens; p. ex. “*Acredito que a minha atitude positiva poderá beneficiar a saúde do meu familiar*”); *Desânimo/Desesperança* (composta por 6 itens; p. ex. “*Sinto que não há nada que eu possa fazer para o/a ajudar*”); *Preocupação Ansiosa* (composta por 9 itens; p. ex. “*Sofro de grande ansiedade por causa disto*”); *Fatalismo* (com 8 itens; p. ex. “*Sinto-me fatalista em relação a isto*” e *Evitamento* (com 1 item “*Não acreditei que ele(a) tinha esta doença*”).

Quanto maior o valor atribuído a cada sub-escala, maior a concordância com a estratégia de *coping* em análise.

Não são conhecidos trabalhos publicados pelos autores sobre o processo de validação desta escala.

- 2) *Brief Cope*, na sua versão traduzida (Pais-Ribeiro & Rodrigues 2003), para o estudo da validade concorrente da escala em análise. Constitui uma forma abreviada do “*COPE Inventory*” (Carver et al., 1989), cujo desenvolvimento teve por base teórica o modelo transaccional proposto por Lazarus e Folkman (1986), o modelo comportamental de auto-regulação (Carver et al., 1989), bem como diversa literatura existente sobre o assunto (Carver, 1997). O “*Brief Cope*” é um instrumento onde os constructos avaliados são as estratégias usadas pelas pessoas para lidar com situações *stressantes* (*coping*). Foi concebido para ser utilizado em diferentes contextos e para ser aplicado a indivíduos com idades superiores a 14 anos. É um instrumento multidimensional, composto por 14 dimensões que conceptualizam diferentes formas de *coping*: *Auto-distracção*; *Coping activo*; *Uso de substâncias*; *Recurso ao suporte social por razões emocionais*; *Recurso ao suporte social por razões instrumentais*; *Comportamento de desprendimento*; *Expandir*; *Reinterpretação positiva*; *Planeamento*; *Negação*; *Humor*; *Aceitação*; *Religião e Culpa*. Cada dimensão é composta por dois itens.

Segundo Carver e colaboradores (1989) e Carver (1997), algumas destas estratégias (dimensões) têm um forte suporte teórico na sua conceptualização,

outras foram introduzidas por evidenciarem um grande recurso por parte das pessoas. Utilizando a taxonomia de Lazarus e Folkman (1986), o *Coping* activo (levar o indivíduo a tomar atitudes com vista a remover ou circunscrever o *stressor*), o Planeamento (pensar em diferentes formas de enfrentar o *stressor*) e o Recurso ao suporte social por razões instrumentais (procura de assistência, informação ou conselhos sobre o que fazer perante o *stressor*) fazem parte do “*coping* focado no problema”; as restantes onze estratégias fazem parte do “*coping* focado nas emoções”.

O *Brief Cope* pode ser auto-preenchido ou administrado por entrevistador. No acto de preenchimento, cada participante deverá ler uma instrução que resumidamente refere “... *indique de que forma é que está a enfrentar esta situação stressante...*”, sendo as questões por exemplo: “*Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação*” (Auto-distração) ou “*Procuo algo positivo em tudo o que me está a acontecer*” (Reinterpretação Positiva). As respostas são organizadas segundo uma escala de tipo *Likert* de 4 pontos: “*Nunca faço*” (0), “*Faço algumas vezes*” (1), “*Faço com frequência*” (2) e “*Faço quase sempre*” (3). Quanto maior o valor atribuído a cada sub-escala, maior a concordância com a estratégia de *coping* em análise.

É uma escala considerada fíavel e válida pelos autores (Carver et al., 1989; Carver, 1997), com valores de *Alpha de Cronbach* que se situam entre 0,50 (Expandir) e 0,90 (Uso de substâncias). Em estudo realizado por Pais Ribeiro e Rodrigues (2003) com 364 estudantes do ensino secundário (12º ano), os valores situaram-se entre 0,55 (Aceitação) e 0,83 (Humor).

3) *Escala de Qualidade de Vida do Familiar/cuidador do Doente Oncológico (CQOLC)*, com o objectivo de estudar as propriedades explicativas (preditivas) do questionário em análise. Trata-se de uma escala traduzida e adaptada para a cultura Portuguesa por Santos e colaboradores (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003) com base no Caregiver Quality of Life Index-Cancer desenvolvido por Weitzner e colaboradores (1999) e que tem como objectivo avaliar as implicações físicas e psicossociais consequentes à doença oncológica de um familiar e suas repercussões na qualidade de vida. Consiste numa escala de auto-preenchimento, composta por uma lista de 33 afirmações que poderão ou não ser consideradas verdadeiras para o respondente. A escala é composta por 4 componentes ou sub-escalas:

- *Sobrecarga emocional*. Avalia a sobrecarga em termos emocionais, dos familiares/cuidadores da pessoa com doença oncológica. Composta por 13 itens, como por exemplo “*O meu nível de stresse e preocupação aumentaram*” ou “*Sinto-me triste*”.
- *Perturbações ligadas ao cuidado*. Avalia as perturbações ligadas com a assistência/cuidado à pessoa doente (incluindo as de âmbito

financeiro). Com 7 itens, como por exemplo “*O meu futuro económico é incerto*” ou “*Tenho dificuldades em lidar com a alteração de hábitos alimentares do meu familiar*”.

- *Implicações pessoais do cuidado*. Avalia as implicações do cuidado/assistência à pessoa com doença oncológica centradas no seu familiar/cuidador. Composta por 5 itens, por exemplo “*O meu sono é menos repousante*” ou “*A minha vida diária está sobrecarregada*”.
- *Adaptação positiva*. Avalia as componentes positivas extraídas do processo de apoiar e cuidar a pessoa com doença oncológica. Com 8 itens, como por exemplo “*A comunicação da família tem aumentado*” ou “*Estou contente por estar concentrado(a) no bem-estar do meu familiar*”.

As respostas são apresentadas numa escala de *tipo Likert*, ordenadas segundo a intensidade da alteração percebida e cotadas de 0 a 4. Ao número 0 corresponde a resposta “*nada*”, ao 1 a resposta “*pouco*”, ao 2 a resposta “*alguma coisa*”, ao 3 “*bastante*” e ao 4 “*muito*”. Quanto maior a cotação obtida em cada sub-escala, melhor é a percepção de qualidade de vida.

É considerada uma escala adaptada ao problema que pretende analisar, válida, precisa, sensível e bem aceite pelos respondentes (Santos et al., 2003; Weitzner et al., 1999; Weitzner & Mc Millan, 1999; Weitzner, Mc Millan, & Jacobsen, 1999). A sua aplicação a 272 familiares/cuidadores de doentes oncológicos em fase inicial da doença (tempo de diagnóstico \leq 3 meses), apresentou valores de *alpha de Cronbach* que se situaram entre 0,70 na sub-escala da *Adaptação Positiva* e 0,87 na *Sobrecarga Emocional* (Santos et al., 2003).

- 4) Elaboramos um *questionário de caracterização sócio-demográfica* da amostra, composto por questões estruturadas e semi-estruturadas. Foi colhida informação sobre sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil, número de filhos e coabitação, grau de parentesco com os doentes e situação laboral dos doentes oncológicos e seus familiares.
- 5) *Informações Clínica* – Através do processo clínico foram recolhidas informações relativas às características da doença oncológica, tais como o tipo e localização do tumor, o grupo oncológico em que estes se inseriam, bem como o tratamento já realizado e em realização.

Procedimento

Após parecer favorável da comissão de ética de duas instituições hospitalares, iniciou-se a colheita de dados. Os dados foram colhidos numa amostra de conveniência, em serviços de consultas externas de ambulatório, serviços de radioterapia e quimioterapia, bem como serviços de internamento

de cirurgia, urologia e ginecologia de um hospital geral e outro especializado em doenças de foro oncológico, ambos na cidade do Porto.

Após terem sido informados dos objectivos do estudo, garantida a confidencialidade e acesso aos resultados, todos os elementos da amostra forneceram ao investigador a sua aceitação. Todos os esclarecimentos necessários ao preenchimento foram facultados no início do processo e ao longo do mesmo. No final, os questionários foram revistos e, na presença de questões sem resposta ou dúvidas, foram solicitados os esclarecimentos considerados pertinentes.

Os participantes foram assim convidados, num primeiro tempo, a preencher a *Mental Adjustment to Cancer Scale-Partner (MAC Scale-P)* e a *Escala de Qualidade de Vida do Familiar/Cuidador do Doente Oncológico (CQOLC)*. A um pequeno grupo da amostra ($N=31$), por selecção aleatória, foi ainda pedido o preenchimento da *MAC Scale-P* num segundo momento, com vista ao estudo da sua reprodutibilidade (fidelidade teste-reteste). Neste segundo momento de avaliação, preencheram em simultâneo, o questionário de *coping Brief Cope*, para estudo da validade concorrente do instrumento em análise. Para tal, os questionários foram enviados pelo correio, após contacto telefónico prévio, solicitando nova colaboração e esclarecimento dos participantes, tendo o seu retorno não ultrapassado um tempo após o teste (avaliação inicial), superior a vinte dias.

Em ambas as avaliações, foi solicitado o seu preenchimento sem a presença próxima do doente, para que não houvesse influência directa nas respostas.

Com os dados obtidos foi criada uma base de dados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (versão 10.05 para Windows). Para análise dos dados foi utilizada exclusivamente estatística paramétrica, cujos procedimentos serão descritos ao longo da explanação de resultados (Kinnear & Gray, 2000; Pestana & Gageiro, 2000).

RESULTADOS

Estudo da validade dos itens e da escala

No sentido de analisarmos a validade de constructo da escala e adequarmos a sua estrutura às características conceptuais da nossa cultura, procedemos à Análise de Componentes Principais (ACP), seguida do estudo da Validade Convergente-Discriminante dos itens com as sub-escalas encontradas. Decidimos eliminar os itens que apresentaram baixa correlação com os restantes e muito baixo poder discriminativo entre as sub-escalas (Polit & Hungler, 1997). Assim, para a eliminação de itens, utilizamos os seguintes critérios:

- 1) Itens com carga factorial igual ou inferior a 0,30.
- 2) Itens com validade discriminante igual ou inferior a 0,05 entre as duas sub-escalas com carga superior.
- 3) Itens que diminuem a consistência interna (*alpha de Cronbach*) da sub-escala a que pertencem.

Análise de componentes principais

Procedemos assim à ACP, seleccionando os itens com carga factorial superior a 0,30 e com uma definição prévia de 4 factores, tendo em conta a estrutura da escala original desenvolvida para o doente. No sentido de maximizar a saturação de itens, procedemos à rotação ortogonal pelo método Varimax com normalização Kaiser.

A organização factorial encontrada permitiu-nos concluir que os 40 itens da *MAC Scale-P* se organizam, na presente amostra, de forma não coincidente com a encontrada pelos autores para a escala original, desenvolvida para os doentes oncológicos.

De acordo com os critérios definidos, foram eliminados nesta fase 2 itens (item 1 e 5²), por apresentarem carga factorial inferior a 0,30.

A solução factorial explica 41,3% da variância total, sendo o primeiro factor o que melhor explica essa variância (18,2%).

Validade convergente-discriminante dos itens

Com vista a definir a constituição final da escala e em apoio à Análise de Componente Principais (ACP), procedemos à validade convergente/ /discriminante dos itens através da correlação de Pearson (*r*) entre cada item e a dimensão a que pertence, consoante os resultados da ACP (Ribeiro, 1999). Para tal, foram previamente invertidos os itens com carga negativa e corrigidos para sobreposição os itens correspondentes a cada sub-escala.

De acordo com o segundo critério estabelecido, foram eliminados nesta fase, 8 itens (item 10, 11, 19, 26, 27, 32, 33 e 35³), por apresentarem muito baixo poder discriminativo (<0,05) entre as duas sub-escalas com maior peso.

Dois itens (item 12 e 25⁴) foram analisados individualmente, por apresentarem carga superior em outra sub-escala do que naquela em que estavam incluídos, com uma diferença considerada discriminativa (>0,10).

² Item 1 – “Tenho feito coisas que acredito vão melhorar a saúde do meu familiar, p.ex., mudei os nossos hábitos alimentares”; Item 5 – “Não fico muito tempo a cismar na doença do meu familiar”.

³ Item 10 – “Tenho feito coisas que acredito vão melhorar a saúde do meu familiar, p. ex., fazer exercício físico com ele(a)”; Item 11 – “Desde que a doença do meu familiar foi diagnosticada, percebi que a vida é valiosa e estou a aproveitá-la da melhor forma possível com ele(a)”; Item 19 – “Gostaria de contactar com outros familiares que estivessem na mesma situação”; Item 26 – “Tento manter algum sentido de humor em relação a isto”; Item 27 – “Os outros preocupam-se mais com o meu familiar do que eu próprio”; Item 32 – “Mantenho-me muito ocupado/a e assim não tenho tempo para pensar nisto”; Item 33 – “Evito saber mais acerca da doença”; Item 35 – “Sinto-me fatalista em relação a isto”.

⁴ Item 12 – “Entreguei a saúde do meu familiar nas mãos de Deus”; Item 25 – “Apetece-me desistir”.

Dado que a consistência interna das duas sub-escalas (factor 2 e factor 3) diminuía com a inclusão do item 12, foi decidido eliminar este item. Relativamente ao item 25, dado apresentar carga superior no factor 1 e após inspecção do conteúdo do item, foi decidido incluí-lo nesse factor, sendo novamente invertida a sua cotação.

Outros dois itens (item 28 e 34⁵) foram também eliminados por diminuírem a consistência interna das sub-escalas em que estavam incluídos.

Nos quadros seguintes apresentamos a estrutura factorial final (Quadro 2) e a validade convergente-discriminante dos itens (Quadro 3) após eliminação dos mais problemáticos, excluídos de acordo com os critérios previamente definidos.

Quadro 2

Componentes Principais da EAMC-F, variância explicada de cada factor, valores próprios ou específicos (eigenvalue) e consistência interna (alpha de Cronbach)

Itens da Escala	Componentes				h ²
	1	2	3	4	
Desânimo/Fatalismo (alpha de Cronbach=0,85)					
17. Sinto que não há nada que eu possa fazer para o ajudar	0,74				0,57
3. Sinto que os problemas de saúde do meu familiar nos impedem de fazer planos para o futuro	0,62				0,46
9. Sinto que a vida é sem esperança	0,62				0,44
2. Sinto que não posso fazer nada para animar o meu familiar	0,57				0,36
7. Sinto que não posso fazer nada para alterar as coisas	0,55				0,37
8. Deixei tudo ao cuidado dos médicos	0,55				0,31
23. Não tenho muita esperança no futuro	0,55		0,32		0,43
13. Eu e o meu familiar temos planos para o futuro, p. ex. férias, trabalho, reformas na casa	-0,51			0,49	0,52
36. Sinto-me completamente perdido sem saber o que fazer	0,51	-0,35	0,42		0,58
6. Acredito verdadeiramente que o meu familiar vai melhorar	-0,49			0,35	0,42
25. Apeetece-me desistir	0,47	-0,52			0,62
30. Sinto que não tenho controlo sobre os acontecimentos	0,40		0,30		0,27
Espírito de Luta (alpha de Cronbach=0,77)					
29. Tento obter o máximo de informação acerca da doença			0,69		0,50
16. Penso que o meu estado de espírito pode influenciar muito a saúde do meu familiar			0,62		0,42
39. Dou valor às coisas boas que me acontecem			0,62		0,43
40. Tento combater a doença			0,62		0,42
31. Tento manter uma atitude muito positiva			0,60		0,41
4. Acredito que a minha atitude positiva poderá beneficiar a saúde do meu familiar			0,50		0,38
Preocupação Ansiosa/Revolta (alpha de Cronbach=0,79)					
37. Sinto-me muito zangado com o que lhe aconteceu			0,74		0,57
38. Não acreditei que ele tinha esta doença			0,69		0,54
22. Sofro de grande ansiedade por causa disto		0,32	0,68		0,62
21. Tenho dificuldade em acreditar que isto tenha acontecido com ele			0,66		0,52
14. Estou preocupado que a doença volte a aparecer ou piore		0,42	0,45		0,46
24. Neste momento, vivo um dia de cada vez			0,43		0,31
Aceitação/Resignação (alpha de Cronbach=0,54)					
15. O meu familiar teve uma vida boa. O que vier daqui para a frente é bem-vindo				0,49	0,34
18. Tento viver a minha vida como sempre fiz até aqui				0,49	0,30
20. Estou decidido a por tudo isto para trás das costas				0,52	0,35
Variância Explicada (Total=41,35%)	18,23	12,09	6,31	4,79	
Valores Próprios ou específicos (Eigenvalue)	7,29	4,83	2,52	1,88	

Nota. Rotação ortogonal pelo método Varimax; Forçado a 4 factores; Itens com carga factorial superior a 0,30.

⁵ Item 28 – “Penso noutras pessoas que estão em pior situação”; Item 34 – “Encaro a doença do meu familiar como um desafio”.

Quadro 3

Correlação de cada item com as dimensões da EAMC-F

<i>r</i>	Desânimo/Fatalismo	Espírito de Luta	Preocupação Ansiosa/Revolta	Aceitação/Resignação
Item 2	0,52	-0,08	0,36	-0,07
Item 3	0,56	0,03	0,42	-0,04
Item 6	0,52	-0,22	0,28	-0,25
Item 7	0,53	-0,20	0,33	0,008
Item 8	0,45	-0,09	0,18	-0,11
Item 9	0,49	-0,22	0,30	0,04
Item 13	0,46	-0,17	0,21	-0,35
Item 17	0,65	-0,17	0,31	-0,02
Item 23	0,54	-0,14	0,45	-0,10
Item 25	0,56	-0,42	-0,28	-0,06
Item 30	0,47	-0,12	0,35	-0,20
Item 36	0,61	-0,36	0,47	-0,10
Item 4	-0,39	0,45	0,02	0,17
Item 16	-0,17	0,50	0,12	0,21
Item 29	-0,22	0,58	0,05	0,23
Item 31	-0,28	0,48	-0,07	0,11
Item 39	-0,17	0,50	0,11	0,18
Item 40	-0,20	0,53	0,11	0,15
Item 14	0,28	0,31	0,46	0,04
Item 21	0,40	-0,02	0,62	0,03
Item 22	0,27	0,26	0,66	0,03
Item 24	0,29	0,15	0,46	0,11
Item 37	0,30	-0,07	0,55	0,005
Item 38	0,35	0,03	0,63	0,03
Item 15	0,01	0,24	0,03	0,38
Item 18	-0,02	0,09	-0,01	0,34
Item 20	-0,21	-0,01	-0,24	0,35

Nota. Os valores correspondentes a cada sub-escala foram corrigidos para sobreposição. O valor a negrito refere-se à correlação do item com a escala a que pertence.

Estrutura conceptual da EAMC-F

A análise da estrutura conceptual da *Escala de Ajustamento Mental ao Cancro de um Familiar (EAMC-F)* assim obtida, composta por 27 itens, permite-nos concluir que estes se agrupam, na presente amostra, segundo quatro processos adaptativos à doença oncológica que foram denominados da seguinte forma: “Desânimo/Fatalismo”; “Espírito de Luta”; “Preocupação Ansiosa/Revolta”; “Aceitação/Resignação”.

Os itens correspondentes a cada sub-escala são apresentados a negrito nos Quadros 2 e 3.

A organização conceptual encontrada para o instrumento em análise não coincide com a proposta pelos autores da escala original desenvolvida para os doentes, uma vez que os itens se distribuíram de forma díspare pelos diferentes factores. Por exemplo, o factor 1 (por nós denominado de “Desânimo/Fatalismo”) inclui itens da componente Desânimo/Desesperança da escala original (p. ex. os itens 2, 9, 17, 25 e 36) e outros que originariamente pertenciam a outras sub-escalas, como o Fatalismo (p. ex. os itens 7, 8 e 30). Da mesma forma a componente por nós denominada de “Preocupação Ansiosa/Revolta”, inclui itens da sub-escala originária Preocupação Ansiosa (p. ex. os itens 14, 21, 22 e 37) mas também inclui alguns itens de outras sub-escalas, como por

exemplo, a denominada de Fatalismo (item 24). Em contrapartida, a componente mais positiva, o Espírito de Luta, da escala original, subdividiu-se na presente amostra, em dois factores distintos. Um que espelha o *coping* activo, confrontativo (denominado de “Espírito de Luta”) e outro numa postura de aceitação passiva da situação *stressante* (denominado de “Aceitação/Resignação”). Em contrapartida, não conseguimos extrair uma componente de evitamento/negação, uma vez que o item originário dessa sub-escala se associou aos itens da componente de Preocupação Ansiosa/Revolta (item 38).

A análise da correlação (*r* de Pearson) entre as componentes da EAMC-F propostas neste estudo, permite-nos clarificar a conceptualização que está na base dos conteúdos teóricos inerentes a cada uma delas, como se pode ver no Quadro 4.

Quadro 4

Correlação entre as sub-escalas da EAMC-F

<i>r</i>	Desânimo/Fatalismo	Espírito de Luta	Preocupação Ansiosa/Revolta
Espírito de Luta	-0,33**		
Preocupação Ansiosa/Revolta	0,46**	0,11	
Aceitação/Resignação	-0,12	0,18*	-0,11

Nota. *Correlação significativa ao nível de 0,05 (2 tailed); ** Correlação significativa ao nível de 0,01 (2 tailed).

A análise do Quadro 4 permite-nos concluir que as sub-escalas “Desânimo/Fatalismo” e “Preocupação Ansiosa/Revolta”, consideradas como estilos de *coping* que denotam uma postura pouco adaptativa perante a doença do familiar, vivenciada com dor, revolta e mesmo desistência face à doença, correlacionam-se de forma moderada ($r=0,46$) e significativa ($p<0,01$). Por outro lado, as duas restantes sub-escalas, “Espírito de Luta” e “Aceitação/Resignação”, que descrevem estilos de *coping* mais adaptativos, vividos com uma postura quer de confronto da doença do familiar, quer simplesmente aceitando-a ou ignorando-a, correlacionam-se também, embora de forma modesta ($r=0,18$) mas significativa ($p<0,05$). Também se verifica que o estilo de “Desânimo/Fatalismo” se correlaciona moderada e negativamente ($r=-0,33$), mas de forma significativa ($p<0,01$) com o “Espírito de Luta”.

Fidelidade da Escala

Como podemos verificar também pelo Quadro 2, as três primeiras sub-escalas apresentam valores de coeficiente *alpha* de Cronbach considerados aceitáveis, dado que se situam entre 0,77 e 0,85. Só a última sub-escala (Aceitação/Resignação) apresenta um valor de *alpha* de Cronbach baixo (0,54), embora aceitável dado o reduzido número de itens que a integram (3 itens). Podemos assim considerar que a escala em estudo apresenta, na sua globalidade, uma fidelidade aceitável (Ribeiro, 1999).

No sentido de melhor conhecermos a estabilidade no tempo ou constância de resultados do instrumento em análise, procedemos à sua aplicação em dois momentos diferentes (Fortin, 1999). Este período não deveria ser demasiado próximo para minimizar a aprendizagem da resposta, nem demasiado distante, que permitisse a ocorrência de variações significativas na variável a medir (Nunnally & Bernstein, 1994). Assim, a segunda aplicação realizou-se entre o oitavo e o décimo quinto dia após a primeira aplicação. Os valores de *correlação de Pearson* obtidos são apresentados no Quadro 5.

Quadro 5

Análise da fidelidade da EAMC-F Coeficiente teste-reteste das diferentes sub-escalas

Escala/Componentes	Coefficiente de Correlação r ($n=31$)
Desânimo/Fatalismo	0,84**
Espírito de Luta	0,63**
Preocupação Ansiosa/Revolta	0,75**
Aceitação/Resignação	0,57**

Nota. ** Correlação significativa ao nível de 0,01 (2 tailed).

Estes valores podem ser considerados aceitáveis, uma vez que se situam entre um mínimo de 0,57 na componente denominada de “Aceitação/Resignação” e um máximo de 0,84 na componente designada de “Desânimo/Fatalismo” (Ribeiro, 1999).

Validade concorrente da EAMC-F

A validade concorrente refere-se à correlação entre duas variáveis relacionadas, através de medidas independentes, preenchidas em simultâneo, devendo esse resultado inferir resultados semelhantes (Nunnally & Bernstein, 1994). Procedemos assim à análise da correlação r de *Pearson* entre a escala em estudo e a escala genérica de *coping*, *Brief Cope*, obtendo os resultados apresentados no Quadro 6.

Podemos verificar que a componente do “Desânimo/Fatalismo” se correlaciona de forma moderada e significativa com os “comportamentos de desprendimento” e “negação” do *Brief Cope*, mostrando-se assim como um estilo de *coping* caracterizado por desistência e diminuição do esforço para atingir o objectivo e lidar com a doença do seu familiar, ou simplesmente negando-a, para rejeitar a sua realidade como agente *stressor*.

Nesta mesma linha correlaciona-se ainda de forma negativa, mas moderada e significativamente com o “*coping* activo” e o “suporte social” quer por razões emocionais, quer instrumentais.

A componente da “Preocupação Ansiosa/Revolta” também se correlaciona forte e significativamente com a “negação”, corroborando da nossa convicção já aqui descrita que se tratará provavelmente de um estilo de *coping* pouco

adaptativo, evitando de forma ansiosa e dolorosa, o confronto com a situação *stressante*. Neste processo de análise demonstrou ainda correlacionar-se de forma negativa com o “humor”, pois este não é um comportamento muito requerido nesta forma de *coping*.

Quadro 6

Análise da correlação das sub-escalas da *EAMC-F* e as sub-escalas do *Brief Cope*

r $n=31$	Desânimo/ /Fatalismo	Espírito de Luta	Preocupação Ansiosa/Revolta	Aceitação/ /Resignação
Auto-distração	0,02	0,06	0,08	0,09
<i>Coping</i> activo	-0,38*	0,39*	-0,18	0,38*
Negação	0,43*	0,23	0,71**	-0,33
Uso de substâncias	0,09	-0,05	0,09	0,10
Suporte social por razões emocionais	-0,42*	0,22	-0,12	0,05
Suporte social por razões instrumentais	-0,38*	0,33	-0,02	-0,05
Comportamento de desprendimento	0,50**	0,006	0,21	0,20
Expandir	-0,16	0,18	-0,06	0,22
Reinterpretação positiva	-0,22	0,36	0,13	-0,31
Planeamento	-0,36	0,24	-0,32	0,32
Humor	-0,33	-0,05	-0,38*	0,44*
Aceitação	-0,21	0,08	-0,12	0,35
Religião	0,04	0,29	0,28	-0,14
Culpa	0,12	0,15	0,14	-0,04

Nota. *Correlação significativa ao nível de 0,05 (2-tailed); **Correlação significativa ao nível de 0,01 (2-tailed).

Por fim os dois estilos de *coping* por nós previamente considerados como favoráveis ao processo adaptativo, o “Espírito de Luta” e a “Aceitação/Resignação”, correlacionam-se de facto positivamente e de forma significativa embora moderada, com o “*coping* activo” do *Brief Cope*. O último componente descrito correlaciona-se ainda de forma significativa com o “humor”. Estes resultados parecem confirmar que estes dois estilos de *coping* se caracterizam por um esforço para lutar contra a doença dos seus familiares ou então reduzir os seus efeitos deletérios, utilizando comportamentos considerados benéficos para o seu bem-estar, como a utilização do humor para lidar com a situação.

Modelo explicativo

No sentido de analisarmos mais claramente a relação entre as componentes de *coping* aqui em estudo e as variáveis de saúde, nomeadamente a qualidade de vida do familiar/cuidador do doente oncológico, utilizamos a regressão múltipla. Mais precisamente, utilizamos quatro processos de regressão múltipla, incluindo em cada um deles, como variáveis dependentes (variáveis critério) uma das sub-escalas de Qualidade de Vida (CQOLC) e como variáveis predictoras as sub-escalas de *coping* (*EAMC-F*), seleccionadas pelo método *stepwise*. Obtivemos os resultados que se apresentam nos quadros seguintes (Quadros 7, 8, 9 e 10).

Quadro 7

Sumário da análise de regressão múltipla para as variáveis predictoras da Sobrecarga Emocional, segundo o método stepwise

Variável	B	SE B	Beta
Preocupação Ansiosa/Revolta	-1,63	0,22	-0,51***
Desânimo/Fatalismo	-0,26	0,12	-0,14*

Nota. R^2 ajust.=0,35. * $p<0,05$; *** $p<0,001$.

Quadro 8

Sumário da análise de regressão múltipla para as variáveis predictoras da Perturbações Ligadas ao Cuidado, segundo o método stepwise

Variável	B	SE B	Beta
Desânimo/Fatalismo	-0,41	0,07	-0,46***
Espírito de Luta	-0,36	0,17	-0,18*

Nota. R^2 ajust.=0,18. * $p<0,05$; *** $p<0,001$.

Quadro 9

Sumário da análise de regressão múltipla para as variáveis predictoras da Implicações Pessoais do Cuidado, segundo o método stepwise

Variável	B	SE B	Beta
Desânimo/Fatalismo	-0,19	0,05	-0,29***
Preocupação Ansiosa/Revolta	-0,21	0,09	-0,17*

Nota. R^2 ajust.=0,15. * $p<0,05$; *** $p<0,001$.

Quadro 10

Sumário da análise de regressão múltipla para as variáveis predictoras da Adaptação Positiva, segundo o método stepwise

Variável	B	SE B	Beta
Espírito de Luta	0,58	0,14	0,30***
Desânimo/Fatalismo	-0,12	0,05	-0,17*

Nota. R^2 ajust.=0,15. * $p<0,05$; *** $p<0,001$.

A análise do Quadro 7 permite-nos concluir que a *EAMC-F* é capaz de explicar em 35% os resultados em termos de “Sobrecarga Emocional” do familiar/cuidador da escala de qualidade de vida, sendo a “Preocupação Ansiosa/Revolta” o factor mais preditivo, com um Beta negativo de 0,51. O “Desânimo/Fatalismo” aumenta, no entanto, o seu valor preditivo ($\beta=-0,14$).

A escala de adaptação à doença (*EAMC-F*) explica também em 18% a variância nos *scores* das “Perturbações Ligadas ao Cuidado”, sendo a sub-escala do “Desânimo/Fatalismo” o melhor preditor, com um Beta negativo de 0,46. No entanto, é de salientar que a componente mais confrontativa da escala de *coping*, o “Espírito de Luta”, aumenta o poder preditivo da escala ($\beta=-0,18$).

A escala em análise também mostrou predizer em 15% a variância na sub-escala das “Implicações Pessoais do Cuidado” e da “Adaptação Positiva”, sendo respectivamente o “Desânimo/Fatalismo” e “Espírito de Luta” os melhores preditores.

Distribuição das pontuações da EAMC-F

Torna-se agora necessário analisar os resultados das pontuações globais da EAMC-F na amostra em estudo. Para tal, foram calculadas as medidas de tendência central obtidas em cada uma das componentes, e com o objectivo de facilitar a leitura dos resultados, foi calculada uma nota média, que denominamos de “*score médio*” e que resulta da divisão entre a média estatística e o número de itens de cada sub-escala.

Quadro 11

Distribuição da amplitude, média, desvio padrão e score médio das sub-escalas da EAMC-F (N=179)

Componentes	N.º de Itens	Amplitude	M (DP)	Score Médio
Desânimo/Fatalismo	12	12-45	24,38 (6,34)	2,03
Espírito de Luta	6	11-24	19,32 (2,56)	3,22
Preocupação Ansiosa/Revolta	6	7-24	16,16 (3,53)	2,69
Aceitação/Resignação	3	3-12	7,51 (1,84)	2,50

Como podemos verificar pela leitura do Quadro 11, os elementos da amostra utilizam essencialmente como estratégia de *coping* para lidar com a doença do seu familiar, o “Espírito de Luta”, seguido de alguma preocupação e mesmo revolta pela situação de stress por ela criada. Aceitam ainda de forma moderada, estando parcialmente resignados com a situação *stressante* que estão a vivenciar. Utilizam pouco como estratégia o “Desânimo/Fatalismo”, para lidarem com os efeitos deletérios da doença no seio da sua família.

Sensibilidade da Escala

Pesquisamos a sensibilidade da escala em estudo, analisando as diferenças encontradas entre os sexos dos familiares que compõem a amostra e os diferentes grupos oncológicos dos doentes seus familiares.

O Quadro 12 mostra as médias e desvios-padrão encontrados para cada uma das sub-escalas de acordo com os sexos, bem como a comparação de médias através do teste t para amostras não emparelhadas.

Podemos verificar que as médias encontradas em cada uma das sub-escalas são significativamente diferentes entre os sexos, com excepção da sub-escala de “Aceitação/Resignação. As mulheres apresentam médias significativamente superiores nas duas componentes por nós consideradas como pouco adaptativas

no confronto com a doença do familiar, o "Desânimo/Fatalismo" e a "Preocupação Ansiosa/Revolta". Em contrapartida, os homens apresentam médias significativamente superiores de "Espírito de Luta". A escala em análise mostrou-se sensível a variações de sexo no confronto com a doença oncológica dos familiares.

Quadro 12

Distribuição de médias, desvios-padrão e diferença de médias entre os sexos nas diferentes componentes da EAMC-F

Componentes (N.º de Itens)	Sexo	M (DP)	t (p)
Desânimo/Fatalismo (12 itens)	Homens (n=65)	22,33 (5,46)	3,35 (0,001)
	Mulheres (n=114)	25,55 (6,60)	
Espírito de Luta (6 itens)	Homens (n=65)	20,20 (2,71)	3,40 (0,001)
	Mulheres (n=114)	18,83 (2,33)	
Preocupação Ansiosa/Revolta (6 itens)	Homens (n=65)	15,32 (3,84)	2,32 (0,02)
	Mulheres (n=114)	16,64 (3,24)	
Aceitação/Resignação (3 itens)	Homens (n=65)	7,66 (2,11)	0,83 (ns)
	Mulheres (n=114)	7,42 (1,68)	

Nota. GL-178.

Utilizamos ainda o teste *F* da ANOVA com o *Post Hoc Test de Scheffe* para a comparação de médias entre os diferentes grupos de doença oncológica nas componentes da escala em estudo. Pretendemos assim documentar a presença de grupos de doença oncológica potencialmente mais lesivos para os seus familiares/cuidadores, imprimindo alterações nos seus estilos de *coping*. Os resultados desta análise podem ser visualizados no Quadro 13.

Quadro 13

Distribuição de médias, desvios-padrão e diferença de médias entre os grupos de doença oncológica dos doentes e nas diferentes componentes da EAMC-F

Componentes (N.º de Itens)	Grupos de doença oncológica	n	M (DP)	F (p)
Desânimo/Fatalismo (12 itens)	Digestivo	68	25,69 (6,78)	4,04 (0,008)
	Mama	61	23,11 (5,84)	
	Ginecológico	20	21,43 (4,65)	
	Urológico	30	25,96 (6,33)	
Espírito de Luta (6 itens)	Digestivo	68	18,95 (2,61)	2,84 (0,003)
	Mama	61	20,04 (2,43)	
	Ginecológico	20	19,40 (2,85)	
	Urológico	30	18,66 (2,23)	
Preocupação Ansiosa/Revolta (6 itens)	Digestivo	68	16,72 (2,77)*	3,49 (0,01)
	Mama	61	16,40 (3,78)	
	Ginecológico	20	13,95 (4,27)*	
	Urológico	30	15,86 (3,57)	
Preocupação Ansiosa/Revolta (6 itens)	Digestivo	68	7,52 (1,83)	0,99 (ns)
	Mama	61	7,55 (2,05)	
	Ginecológico	20	6,90 (1,74)	
	Urológico	30	7,80 (1,42)	

Nota. *Diferença de médias significativa ao nível de 0,05, pelo teste *Post Hoc de Scheffe*; GL - 3,175.

Verificou-se que os familiares/cuidadores que compõem a amostra utilizam as diferentes estratégias de *coping* de forma significativamente diferente, de acordo com o grupo oncológico do seu familiar, nas diferentes componentes da escala de adaptação, com exceção da sub-escala de “Aceitação/Resignação”. Essas diferenças são localizadas pelo *Post Hoc Test de Scheffe* apenas para a componente da “Preocupação Ansiosa/Revolta”, em que os familiares dos doentes com patologia de foro digestivo apresentam médias significativamente mais elevadas nesta componente do que os familiares de doente com patologia de foro ginecológico.

A *EAMC-F* mostrou desta forma ser sensível às características imprimidas pela especificidade da doença oncológica na utilização de estratégias de *coping* e adaptação emocional dos seus familiares.

DISCUSSÃO

Pretendemos com este estudo, analisar os resultados da tradução/adaptação da *EAMC-F* a uma amostra de familiares de doentes oncológicos com patologias diversas, 6 a 9 meses após diagnóstico médico. A *EAMC-F* mostrou-se de aplicação rápida (10 a 20 minutos), de fácil compreensão, não ofensiva para os respondentes e não causadora de significativa perturbação a nível emocional. Apresentou-se com uma estabilidade temporal aceitável, uma vez que os valores correlacionais entre as duas avaliações (teste-reteste) se situaram entre um mínimo de 0,57 e um máximo de 0,84 (Ribeiro, 1999).

A análise da estrutura conceptual da escala permitiu-nos concluir que os constructos teóricos se encontram organizados de forma distinta da escala desenvolvida para os doentes. Foram eliminados os itens que se mostraram menos correlacionados entre si e com menor poder discriminativo, constituindo-se uma escala menor (com 27 itens), o que facilita significativamente a sua aplicação em contextos de saúde.

A primeira componente extraída, que denominamos de “Desânimo/ Fatalismo” explica grande parte da variância da escala total (18,23%) e apresenta uma boa consistência interna (0,85). Para a sua denominação, tivemos em conta a inclusão de itens da escala original para os doentes oncológicos, bem como o seu conteúdo temático. Esta componente pretende espelhar um conjunto de respostas para lidar com a doença de um familiar, que se caracteriza predominantemente por sentimentos de incapacidade para alterar a situação *stressante* e o apoio por ela requerido, desistência e controlo externo da situação, desesperança em relação ao futuro e uma atitude fatalista face ao desfecho do problema. O modelo expresso foi confirmado através do estudo da validade concorrente, uma vez que esta sub-escala se correlaciona positiva e significativamente com os “comportamentos de desprendimento” da escala genérica de *coping* (*Brief Cope*), entendido como a “desistência ou redução do

esforço para atingir o objectivo que é ameaçado pelo *stressor*” (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2003).

A segunda componente, que denominamos de “Espírito de Luta” caracteriza-se essencialmente por uma atitude de confronto face à situação indutora de stresse, crença nas capacidades pessoais para alterar os resultados, procurando os apoios necessários para atingir os seus objectivos. Esta sub-escala mostrou também ter uma ponderação importante na variância total da escala (12,09%) e uma boa fidelidade (0,77). A sua estrutura conceptual foi reforçada através de uma correlação moderada mas significativa com a estratégia de “*coping activo*” do *Brief Cope*, que se caracteriza por “levar o indivíduo a tomar atitudes num esforço de remover ou circunscrever o *stressor*” (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2003).

A escala em análise documenta ainda um estilo de resposta emocional caracterizado por uma atitude de ansiedade permanente com a possível evolução da situação e os novos prejuízos que daí possam advir. Nota-se ainda alguma tendência para evitar o confronto com o *stressor* e revolta pelas vicissitudes existenciais. Constitui a componente da “Preocupação Ansiosa/Revolta” que explica apenas uma pequena porção da variância da escala (6,31%), mas que mantém uma boa fidelidade nas respostas (0,79). Esta componente mostrou correlacionar-se moderada mas muito significativamente com a componente do “Desânimo/Fatalismo”, uma vez que ambas se caracterizam por um conjunto de estratégias para lidar com a doença do familiar, predominantemente focadas no controlo emocional e entendidas pelos referenciais teóricos como pouco adaptativas (Blanchard et al., 1997; Faller et al., 1999; Lazarus, 2000; Ptacek et al., 1994).

A componente menos representativa da escala em estudo e com uma consistência interna mais reduzida (0,54), uma vez que apenas contém três itens, é a denominada de “Aceitação/Resignação”. Representa um padrão de resposta essencialmente caracterizado por uma aceitação resignada da situação *stressante*, com a tentativa expressa de continuar a viver com o mesmo nível de bem-estar. De notar que esta componente se correlaciona de forma muito fraca com a componente “Espírito de Luta” e em simultâneo apresenta uma correlação muito semelhante a essa componente quando comparadas com o “*coping activo*” no estudo da validade concorrente com o *Brief Cope*. Estes resultados induzem-nos a pensar que ambas se mostram como estilos de resposta que se propõem levar o indivíduo a tomar atitudes num esforço para remover ou circunscrever o *stressor*, mas com estratégias diferentes. O “Espírito de Luta” propõe-se confrontar o problema, é activo na luta contra o processo evolutivo da doença, e o seu foco centra-se na sua resolução ou minimização, confiando nas suas capacidades pessoais de controlo. Por outro lado a componente “Aceitação/Resignação” propõe-se remover as implicações do *stressor*, aceitando-o e mantendo assim o seu bem-estar. Estes dois modelos de resposta face à doença são interpretados na literatura como positivos e

favoráveis à adaptação, beneficiando a saúde mental e a qualidade de vida (Faller et al., 1999; Lazarus, 2000; Ptacek et al, 1994).

Não foi encontrada uma sub-escala que descrevesse expressamente o estilo de *coping* “negação”, o que consideráramos desejável, dada a relevância atribuída a esse processo em muitos estudos empíricos realizados nesta área de conhecimento. No entanto, o estudo correlacional realizado com o *Brief Cope* indica-nos que esse processo se encontra presente, embora imbuído de outras fisionomias, nomeadamente a “Preocupação Ansiosa/Revolta” e o “Desânimo/Fatalismo”. Esta constatação que surge partindo das elevadas correlações, em especial com a primeira sub-escala mencionada (“Preocupação Ansiosa/Revolta”), é reforçada pela inclusão do item correspondente à “negação” na escala original para o doente (item 38).

A relação entre a adaptação do doente à sua alteração de saúde e a qualidade de vida é uma questão a considerar, tendo em conta os estudos realizados nas últimas décadas (Dias et al., 2002; Pereira & Lopes, 2002; Shapiro et al., 1997). Neste contexto, tivemos interesse em analisar de que forma a escala em estudo permitia obter resultados fidedignos sobre essa relação, para os familiares dos doentes oncológicos. Os resultados da regressão múltipla mostraram que a “Preocupação Ansiosa/Revolta” é a dimensão que impõe mais efeitos deletérios na qualidade de vida do familiar/cuidador do doente oncológico, nomeadamente em termos de sobrecarga emocional. Por outro lado, o “Desânimo/Fatalismo” favorece o acréscimo de perturbações ligadas com o cuidado ao familiar. A descrença na sua capacidade de controlo da situação, favorece o aumento das preocupações inerentes ao cuidado de um familiar doente, incluindo a sobrecarga ocupacional e financeira. Este estilo de lidar com a situação de doença envolver também um aumento das “implicações pessoais do cuidado”, ou seja, nas implicações da doença centradas na sua vida pessoal (como a alteração e impacto da doença na rotina pessoal, sono e manutenção das actividades externas).

Tal como esperado, a componente mais confrontativa da escala, o “Espírito de Luta”, explica grande parte da variância nas respostas de qualidade de vida, nomeadamente na “adaptação positiva”. De notar, no entanto, que este modelo de lidar com a doença envolve também algumas implicações na qualidade de vida do familiar/cuidador, nomeadamente nas “perturbações ligadas com o cuidado”.

A componente da “Aceitação/Resignação” não se mostrou com qualquer poder preditivo sobre os resultados de qualidade de vida.

A distribuição das pontuações de cada uma das componentes da *EAMC-F* na presente amostra indiciam uma preponderância para a utilização do “Espírito de Luta” como principal estratégia de confronto da doença oncológica de um familiar, seguido da “Preocupação Ansiosa/Revolta”. A componente por nós considerada como menos adaptativa, o “Desânimo/Fatalismo” foi também a menos utilizada pelos indivíduos da amostra.

Embora os estudos realizados com estas populações sejam escassos, as referências teóricas sobre o *coping* em geral, indiciam a possível diferenciação entre os estilos de *coping* de acordo com o sexo (Billings & Moos, 1984; Hagedoorn, Buunk, Kuijer, Wobbes, & Sanderman, 2000; Marín et al., 1995). A escala em análise mostrou ser sensível a essas diferenças, direccionando para os homens a maior utilização de estratégias confrontativas e mais adaptativas, seleccionando as mulheres estratégias mais ligadas ao controlo emocional, mais dolorosas emocionalmente e vistas como menos adaptativas (“Desânimo/Fatalismo” e “Preocupação Ansiosa/Revolta”).

Tivemos ainda interesse em conhecer de que forma a escala em análise espelhava as possíveis diferenças encontradas no processo adaptativo, tendo em conta as características específicas da doença oncológica. Os resultados indiciam a possibilidade de as características da doença influenciarem a forma como os seus familiares lidam com ela. Estes resultados devem ser, no entanto, interpretados de forma cautelosa, uma vez que podem dever-se a outras variáveis não controladas neste estudo, como as características pessoais dos sujeitos (por exemplo, a idade), o estado de evolução da doença e mesmo o seu tratamento.

Dado que o objectivo deste trabalho se limitava a conhecer as propriedades psicométricas da escala e sua adaptação à nossa cultura, penso terem sido conseguidos esses objectivos. Concluimos que a *EAMC-F* constitui um instrumento independente e específico, que se mostrou fiável, válido e sensível, indicado para a avaliação das estratégias utilizadas pelos familiares de doentes oncológicos e suas respostas emocionais. No entanto, é indispensável que em trabalhos futuros, a escala seja analisada cuidadosamente e revista quando aplicada a amostras diferentes.

REFERÊNCIAS

- Akechi, T., Okamura, H., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (1998). Predictors of patients' mental adjustment to cancer: Patient characteristics and social support. *British Journal of Cancer*, 77(12), 2381-2385.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi Editores.
- Billings, A.G., & Moos, R.H. (1984). Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 877-891.
- Blanchard, C.G., Albrecht, T.L., & Ruckdeschel, J.C. (1997). The crisis of cancer: Psychological impact on family caregivers. *Oncology*, 11(2), 189-194.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

Dias, M.R., Manuel, P., Xavier, P., & Costa, A. (2002). O cancro no “seio” da família. In M.R. Dias & E. Durà (Coord.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 303-320) Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi Editores.

Endler, N.S., Parker, J.D.A., & Summerfeldt, L.J. (1993). Coping with health problems: Conceptual and methodologic issues. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25(3), 384-399.

Faller, H., Bulzebruck, H., Drings, P., & Lang, H. (1999). Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Arch. Gen. Psychiatry*, 56(8), 756-762.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.

Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociências

Fredette, S.L. (1995). Breast cancer survivors: Concerns and coping. *Cancer Nursing*, 18(1), 35-46.

Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., Kamiya, M., Koike, M., Nakanishi, T., Imoto, S., Kanagawa, K., & Uchitomi, Y. (2000). A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, 89(5), 1026-1036.

Greer, S. (1999). Mind-body research in psychooncology. *Advances in Mind-Body Medicine*, 15(4), 236-244.

Greer, S., & Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: Its measurement and prognostic importance. *Cancer Survey*, 6(3), 439-453.

Greer, S., Moorey, S., & Watson, M. (1989). Patients' adjustment to cancer: The Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale vs. clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(3), 373-377.

Hagedoorn, M., Buunk, B.P., Kuijer, R.G., Wobbes, T., & Sanderman, R. (2000). Couples dealing with cancer: Role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-oncology*, 9(3), 232-242.

Katapodi, M.C., Facione, N.C., Miaskowski, C., Dodd, M.J., & Waters, C. (2002). The influence of social support on breast cancer screening in a multicultural community sample. *Katapodi*, 29(5), 845-852.

Kinncar, P.R., & Gray, C.D. (2000). *SPSS for Windows: Made Simple – Release 10* (pp. 277-301). Department of Psychology, University of Aberdeen. UK: Psychology Press Ltd., Publishers.

Kissane, D.W., Bloch, S., Burns, W.I., McKenzie, D., & Posterino, M. (1994). Psychological morbidity in the families of patients with cancer. *Psycho-oncology*, 3, 47-56.

Kissane, D.W., Bloch, S., Burns, W.I., Patrick, J.D., Wallace, C.S., & McKenzie, D.P. (1994). Perceptions of family functioning and cancer. *Psycho-oncology*, 3, 259-269.

Lazarus, R.S. (1991). *Emotion & Adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R.S. (2000). Evolution of a model of stress, coping and discrete emotions. In V.H. Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping and health. Implications for nursing research, theory and practice* (pp. 195-222) London: Sage Publications.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1986). *Estrés e procesos cognitivos*. Spain: Ed. Martínez Roca.

Lewis, F.M. (1990). Strengthening family supports: Cancer and the family. *Cancer*, 65, 752-759.

Marín, J.R., Roig, S.L., Pastor, M.A., Massuti, B., Terol, M.C., & Castejón, J. (1995). Psychosocial predictors of coping with cancer. In J.R. Marín (Ed.), *Health psychology and quality of life research*. Proceedings of the 8th Annual Conference of the European Health

Psychology Society. Volume I. Alicante: Health Psychology Department-University of Alicante (Spain).

McLachlan, S.A., Devins, G.M., & Goodwin, P.J. (1999). Factor analysis of the psychosocial items of the EORTC QLQ-C30 in metastatic breast cancer participating in a psychosocial intervention study. *Quality of Life Research*, 8, 311-317.

Michael, Y.L., Kawachi, I., Berkman, L.F., Holmes, M.D., & Colditz, G.A. (2000). The persistent impact of breast carcinoma on functional health status: Prospective evidence from the nurses' health study. *Cancer*, 89(11), 2176-2186.

Nordin, K., & Glimelius, B. (1998). Reactions to gastrointestinal cancer: Variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognoses. *Psychooncology*, 7(5), 413-423.

Nordin, K., & Glimelius, B. (1999). Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. *British Journal of Cancer*, 79(3-4), 525-529.

Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: Mc Graw-Hill, inc.

Pais-Ribeiro, J., & Rodrigues A. (2003). Questões acerca do *coping*: A propósito do estudo de adaptação do *Brief Cope*. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15

Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: A Complementaridade do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pereira, M.G., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família* (pp. 71-99). Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi Editores.

Polit, D., & Hungler, B. (1997). *Investigación científica en ciencias de la salud* (5ª ed.). México: Mc Graw-Hill, Interamericana.

Ptacek, J.T., Ptacek, J.J., & Dodge, K.L. (1994). Coping with breast cancer from the perspectives of husbands and wives. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 47-72.

Rees, C.E., Bath, P.A., & Williams, M.L. (1998). The information concerns of spouses of women with breast cancer: Patients' and spouses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1249-1258.

Registo Oncológico (1996). Editado pelo Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional do Norte.

Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Santos, M.J., Costa, F., Watson, M., Greer, S., De Haes, J., Van Knippenberg, F., Pruyn, J., & Van Den Borne, B. (1994). Adaptação psicológica e qualidade de vida em doentes oncológicos – Escalas de Avaliação. *Psicologia Clínica*, 15(1), 25-36.

Santos, C., Ribeiro, J.L., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de qualidade de vida do familiar/cuidador do doente oncológico (CQOLC). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 105-118.

Shapiro, D.E., Boggs, S.R., Rodrigue, J.R., Urry, H.L., Algina, J.J., Hellman, R., & Ewen, F. (1997). Stage II breast cancer: Differences between four coping patterns in side effects during adjuvant chemotherapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(2), 143-157.

Sollner, W., Zschocke, I., Zing-Schir, M., Stein, B., Rumpold, G., Fritsch, P., & Augustin, M. (1999). Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics*, 40(3), 239-250.

Watson, M., Greer, S., & Bliss, J.M. (1989). *Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale: Users' Manual*.

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC Scale. *Psychological Medicine, 1*, 203-209.

Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: Further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychosocial Oncology, 12*(3), 33-45.

Watson, M., Geer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J.M., & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine, 2*, 51-57.

Weitzner, M.A., Mc Millan, S.C., & Jacobsen, P.B. (1999). Family caregiver quality of life: Differences between curative and palliative cancer treatment settings.

Weitzner, M.A., Jacobsen, P.B., Wagner, H., Friedland, J. Jr., & Cox, C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index – Cancer (CQOLC) Scale: Development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Quality of Life Research, 8*, 55-63.

Yates, P. (1999). Family coping: Issues and challenges for cancer nursing. *Cancer Nursing, 22*(1), 63-71.