



UC/FPCE_2007

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Percepção do Impacto e da Gravidade da Doença
Crónica e Família: um estudo exploratório**

Cristina da Cunha Oliveira (e-mail: cristina_coliveira@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e de Saúde sob
a orientação da Professora Doutora Madalena Carvalho Lourenço

Percepção do Impacto e da Gravidade da Doença Crónica e Família: um estudo exploratório

Resumo: O presente estudo debruça-se sobre a análise da percepção do impacto da doença crónica na família e a percepção do sujeito sobre o índice de gravidade da doença. Pretende-se, assim, compreender de que forma estes afectam a vulnerabilidade ao *stress*, as estratégias de *coping* familiares e a percepção e satisfação com a qualidade de vida da família.

Foram entrevistados 183 sujeitos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 14 e os 84 anos, utentes de Centros de Saúde do concelho de Coimbra, do Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra (CEIFAC), do Núcleo de Seguimento Infantil e Acção Familiar (NUSIAF) e da Consulta de Psicologia do Hospital Pediátrico de Coimbra.

Os resultados mais significativos apontam o *Apoio Espiritual* como a estratégia de *coping* mais utilizada. Na aceitação da doença crónica verifica-se, também, a influência da percepção do índice de gravidade da doença, na forma como o sujeito/família responde e se adapta a essa realidade. Isto poderá estar relacionado com diferentes aspectos, nomeadamente, com as características da amostra (por exemplo, idade, escolaridade, nível sócio-económico e religião).

Palavras chave: doença crónica, impacto da doença crónica, percepção do índice de gravidade, *coping*, *stress*, qualidade de vida.

Perception of the Impact and the Severity of the Chronic Illness and Family: an exploratory study

Abstract: This study focuses on the analysis of the perception of chronic illness impact in the family and the individual's perception of the disease's severity level. Thus, our aim is to understand how these variables affect vulnerability to *stress*, family *coping* strategies and family perception of and satisfaction with quality of life.

One hundred and eighty three people of both sexes, aged between 14 and 84 years old, patients of Health Centers of the county of Coimbra, the Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra (CEIFAC), the Núcleo de Seguimento Infantil e Acção Familiar (NUSIAF) and the Psychology Consult of the Pediatric Hospital of Coimbra, were interviewed for this study.

The data show that *Spiritual Support* was the most used coping strategy. The results also show that illness severity perception influences the way the family reacts and adapts to that reality. This may be associated with several aspects, like sample characteristics (e.g. age, educational level, social-economic status and religion).

Keywords: chronic disease, chronic illness impact, index of severity perception, coping, stress, quality of life.

Agradecimentos

As palavras assumem um novo sentido quando não se tornam previsíveis. Ganham nova vida, quando lançam olhares e despertam perplexidades. Quando inquietam o pensamento, tornando-se sempre insuficientes quando, com elas, queremos revelar o que nos vai para lá da alma. Como neste momento.

Assim, agradeço a um conjunto de pessoas sem as quais este trabalho dificilmente se realizaria:

À Professora Doutora Madalena Lourenço, pela oportunidade da sua orientação, pela mais valia das suas sugestões e exigência, bem como pela oportunidade de me fazer crescer enquanto investigadora e pessoa.

A todos os utentes dos serviços de saúde/cuidados primários dos Centros de Saúde de Celas, Fernão de Magalhães e S. Martinho do Bispo, Hospital Pediátrico e ainda às famílias em acompanhamento no NUSIAF e no CEIFAC, pela forma simples como acederam a colaborar no "Projecto" e ainda, pela forma acolhedora como nos receberam em suas casas.

À Professora Doutora Ana Paula Relvas, pelo seu contributo à nossa evolução académica e científica.

À professora Doutora Manuela Vilar Martinho, pelas orientações relativas aos procedimentos de aplicação do protocolo.

Aos Professores Doutor Tomás e Dr. Pacheco, pela sua amável disponibilidade na elucidação das dúvidas surgidas no decurso do tratamento estatístico dos dados.

À fenomenal equipa de estagiários, todas as formas pelas quais me ofereceram a sua ajuda, e que sistematicamente co-evoluímos na realização deste "Projecto".

Aos meus pais e irmãos, pela confiança e estímulo incondicionais que preencheram as diversas falhas que fui tendo por força das circunstâncias e, pela paciência, compreensão e carinho sempre manifestados ao longo destes meses, apesar do 'débito' de atenção. Este trabalho é em parte para vós, pois sei que é a vós que devo o facto de ser aquilo que sou hoje.

Gostaria de estender os meus agradecimentos, a todos aqueles que de forma anónima, nunca deixaram de acreditar em mim, depositando a sua confiança, brindando-me com o seu apoio e carinho.

Por último, é muito difícil agradecer a todos sem esquecer, inevitavelmente, de alguém. Mas aos que esqueci, o meu pedido de perdão e sinceros agradecimentos!

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento conceptual	2
II – Objectivos	13
III – Metodologia	14
1 - Procedimentos	14
2 - Instrumentos	16
2.1 - Questionário sócio-demográfico	16
2.2 - Ficha de dados complementares	17
2.3 - Qualidade de Vida	18
2.4 - Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida (<i>FILE</i>)	19
2.5 - Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família (<i>F-COPES</i>)	20
3 - Caracterização da amostra	22
4 - Procedimento estatístico	25
IV – Resultados	25
1 - Qualidade de Vida	26
1.1 - Dimensão “Saúde” do Qualidade de Vida	27
2 - Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida (<i>FILE</i>)	29
3 - Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família (<i>F-COPES</i>)	30
3.1 - Dimensão “Aquisição de Apoio Social” do <i>F-COPES</i> ...	32
3.2 - Dimensão “Reenquadramento” do <i>F-COPES</i>	33
3.3 - Dimensão “Apoio Espiritual” do <i>F-COPES</i>	35
3.4 - Dimensão “Mobilização de Apoio Formal” do <i>F-COPES</i>	37
3.5 - Dimensão “Avaliação Passiva” do <i>F-COPES</i>	38
V – Discussão	40
1 - Limitações	43
2 - Perspectivas de pesquisa	43

VI – Conclusões	43
Bibliografia	45
Anexos	50

Tudo são maneiras de ver

Onde você vê um obstáculo,
alguém vê o término da viagem
e o outro uma chance de crescer.
Onde você vê um motivo pra se irritar,
alguém vê a tragédia total
e o outro vê uma prova para sua paciência.
Onde você vê a morte,
alguém vê o fim e o outro vê o
começo de uma nova etapa.
Onde você vê a fortuna,
alguém vê a riqueza material e o outro
pode encontrar a dor e a miséria total.
Onde você vê a teimosia,
alguém vê a ignorância e o outro pode
compreender as limitações do companheiro,
percebendo que cada qual caminha
em seu próprio passo e que é inútil querer apressar
o passo do outro, a não ser que ele deseje isso.
Cada qual vê o que quer, pode ou consegue enxergar.
Porque nós somos do tamanho do que vemos
e não do tamanho da nossa altura.

Fernando Pessoa (s.d.)

Introdução

A doença crónica é tida como uma situação permanente e limitadora à qual é necessário que o paciente se adapte, pois inúmeras perdas são sentidas, além do luto dos seus ideais. O projecto de vida toma um novo rumo e uma nova condição é assumida: (saber) ser-se doente.

O carácter crónico da doença acarreta uma série de implicações e novas responsabilidades, não só para o doente, mas também para a sua família, que terá de se reestruturar no sentido de poder responder às exigências deste novo elemento na vida familiar.

Assim, tentando perceber a importância e influência da vulnerabilidade familiar (em termos de *stress*, *coping* e satisfação com a qualidade de vida) em situações de doença crónica, a orientação deste estudo, exploratório, visa analisar a percepção do impacto da doença crónica na família e a percepção do índice de gravidade da doença. À relevância destes acrescentamos a importância de entender a vulnerabilidade ao *stress* que a doença provoca, bem como a percepção da qualidade de vida familiar e o modo como o sujeito/família se adaptam à situação de doença crónica, quanto às estratégias de *coping* que utiliza. Para este estudo, foram ainda realizadas análises exploratórias sobre a influência das variáveis sócio-demográficas (sexo, parentesco, estado civil, habilitações literárias, religião, etapa do ciclo vital da família e nível sócio-económico), nos resultados obtidos nos três instrumentos utilizados (*Qualidade de Vida*, *FILE* e *F-COPES*).

I – Enquadramento conceptual

Desde o século XIX que a medicina desenvolveu técnicas que facilitaram o tratamento das doenças infecciosas e em contrapartida, nas últimas décadas, observou-se o aumento das doenças crónicas. Ou seja, o sucesso da medicina curativa associada à mudança dos modos de vida evita que as pessoas morram tão cedo, aumentando a sua longevidade. Contudo, parece ter, como consequência, o aumento das doenças crónicas. De tal modo, que a segunda metade do século XX viu as doenças crónicas assumirem o lugar principal no sistema de saúde (Ribeiro, 1998).

De acordo com Paúl e Fonseca (2001) a doença crónica é, na actualidade, um dos maiores problemas que a medicina e as ciências da saúde enfrentam. Associada ao envelhecimento populacional, esta doença é um dos principais responsáveis pelo desfasamento entre a curva da mortalidade e de morbilidade, ou seja, o afastamento entre a esperança de vida e a qualidade de vida. Com efeito, a grande evolução, nas últimas décadas, na ampliação da esperança de vida não tem ocorrido a par com o objectivo de manter os indivíduos saudáveis até à morte, particularmente devido às doenças crónicas e incapacitantes, observando-se um efeito directo da doença crónica na qualidade de vida dos indivíduos afectados e dos que os rodeiam.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças crónicas representam mais de 60% da morbilidade mundial e, consequentemente, representam uma ameaça para a saúde pública e para a economia dos países (Primeiro Fórum Nacional do Doente Crónico, 2006). Em Portugal, aproximadamente 88% das pessoas com mais de 65 anos sofre pelo menos de uma doença crónica e 21% apresentam incapacidades crónicas (Sousa; Mendes & Relvas, 2007).

Os números do Centro Nacional de Estatísticas de Saúde dos EUA (1991) citados por Cockerman (1992), informam-nos que de uma forma geral, as mulheres têm mais doenças crónicas não fatais do que os homens. Neste sentido, afigura-se uma relação inversa entre mortalidade e morbilidade quando se consideram as diferenças entre géneros (Paúl & Fonseca, 2001).

Giovannini, Bitti, Sarchielli e Speltini (1982, *in* Ribeiro, 1998) englobam na definição de doença crónica, todas as doenças de longa duração, que (a) tendem a prolongar-se por toda a vida do doente, (b) provocam invalidez em graus variáveis, devido a causas não reversíveis, (c) exigem formas particulares de reeducação, (d) obrigam o doente a seguir determinadas prescrições terapêuticas, (e) normalmente exigem a aprendizagem de um novo estilo de vida e todas as que (f) necessitam de controlo periódico, de observação e tratamento regulares.

Também no Primeiro Fórum Nacional do Doente Crónico (2006) as doenças crónicas foram apresentadas como doenças de evolução prolongada, permanentes, para as quais actualmente não existe cura, afectando negativamente a saúde e funcionalidade do doente. Destacou-se, ainda, que a incidência das doenças crónicas é crescente e aumenta com a idade, exercendo um impacto significativo na duração e na qualidade de vida dos doentes, coexistindo num doente crónico, em média, cerca de cinco

condições crónicas.

Duarte (2002) refere que a realidade da doença e da saúde pode ser construída pelo doente, de acordo com crenças culturalmente arquitectadas. Ainda assim, a sua significação é modificada pelas suas experiências, indiferentes ao grupo de pertença. Ao contrário da doença aguda, frequentemente curável e por isso temporária, ter uma doença crónica corresponde a que a pessoa tenha de continuar a viver com ela no mundo da saúde (Blanchard, 1982). Kleinman e colaboradores (1988) referem que «*a doença é culturalmente construída no sentido de que a forma como a percebemos, experimentamos e com ela lidamos é baseada nas nossas explicações de doença, específicas das posições sociais que ocupamos e dos sistemas de valores que possuímos*» (in Duarte 2002, p.53).

Na perspectiva de Reis (1998) as pessoas quando estão doentes não resumem a sua condição à dimensão biológica. A vivência da doença insere-se na vivência geral da sua vida, abarcando os vários papéis que desempenham na sociedade e é neste contexto alargado que as pessoas caracterizam a sua doença.

No estudo conduzido por Blaxter (1983), a “história de vida” e a “história de doenças” de cada pessoa parece ajudar nessa estruturação e atribuição causal. Neste estudo verificou-se que mulheres com doenças crónicas construíam um sentido para as suas doenças, elaborando uma cadeia causal baseada em acontecimentos ocorridos na sua vida. A pessoa descreve as causas de doenças de modo a produzir uma história ou uma narrativa pessoal, sendo esta uma acomodação das experiências da doença à identidade pessoal e familiar. Isto é, a experiência destas doenças contribui para a construção da imagem que a pessoa tem de si própria (Duarte, 2002).

Paúl e colaboradores (2001) referem que o acometimento de uma doença crónica comporta, para além de consequências psicossociais complexas, consequências instrumentais tais como mudanças de tarefas e do projecto de vida. Estas doenças correspondem, em primeiro lugar, a uma disrupção biográfica, como lhe chama Bury (1982). Com bastante frequência, há ainda uma baixa no rendimento económico dos agregados familiares dos doentes crónicos fazendo com que, ao sofrimento psicológico e físico, se juntem dificuldades materiais que diminuem a qualidade de vida pessoal e familiar (Paúl *et al.*, 2001)

As determinantes da saúde afectam diferentemente os cidadãos em função do seu nível sócio-económico, em que o fardo das doenças crónicas recai mais fortemente sobre os grupos de mais baixo nível sócio-económico, reflectindo-se na sua mortalidade, co-morbilidades e incapacidades associadas. Existe desigualdade na severidade destas doenças em função do nível sócio-económico. Ou seja, os mais desfavorecidos tendem, não só a ter maior probabilidade de serem doentes crónicos, mas ainda “doentes mais doentes” (Primeiro Fórum Nacional do Doente Crónico, 2006).

A família pode ser compreendida como um sistema que se auto-regula, definindo o que é ou não permitido e constitui uma dinâmica própria, que ela procura manter através da homeostase (Calil, 1987). A doença possui uma existência multidimensional, sendo ao mesmo tempo produto e produtor de influências orgânicas, individuais, relacionais e

mesmo transgeracionais. Ainda nesta ordem de ideias, revela-se necessário considerar o sistema criado pela interacção com o doente, a família e outros sistemas psicossociais (Rolland, 1995; Schiller, 2000).

Torna-se, por tudo isto, importante lembrar que cada família possui o seu estilo próprio de comunicação, as suas regras, as suas crenças, bem como a forma de manter a sua estabilidade, (Enelow *et al.*, 1999). Para uma situação ser considerada indutora de *stress* familiar terá que ser nova, terá que ser uma situação para a qual a família não está preparada constituindo-se assim um problema que, por sua vez, poderá levar a alterações no sistema familiar (Hill, 1958; McCubbin & Patterson, 1982, *in* Vaz Serra, 1999).

Segundo Romano (1999) há uma quebra do equilíbrio dinâmico familiar diante do novo evento. As mudanças que ele acarretará e as adaptações que a família realizará, dependem dos recursos que dispõe, de como o evento (doença) começou e do significado que atribui ao acontecimento. O equilíbrio é procurado através das novas adaptações.

Embora pareça não haver um consenso sobre uma definição geral de *stress*, poderemos considerar que diz respeito a qualquer evento no qual as exigências quer de âmbito ambiental, quer interno ou ambos excedem os recursos de um indivíduo, de um sistema ou série de sistemas (Monat & Lazarus, 1985). Na mesma linha, Olson e DeFrain (2003) referem que os *stressores* são acontecimentos externos que levam a uma reacção emocional e/ou física.

Se atendermos ao curso do ciclo vital da família, detectamos maiores índices de *stress* nos momentos assinalados como de transição de uma etapa do desenvolvimento para outra. Os sintomas, em geral, aparecem quando há uma interrupção ou deslocamento no percurso do que se chamaria o ciclo normal de vida. Quando o *stress* previsível do desenvolvimento familiar é somado a um *stressor* imprevisível (morte precoce, doença, acidente, etc.), fica mais difícil para a família manter o fluxo de crescimento e é mais provável que surjam disfunções (Carter & McGoldrick, 1995).

No que respeita directamente ao *stress* familiar, a pedra basilar é, sem dúvida, o modelo ABCX de Hill (1958). Como sociólogo, Hill ficaria intrigado com a constatação de que, enquanto algumas famílias reagiam a catástrofes naturais ou a acontecimentos traumáticos desintegrando-se, outras resistiam e sobreviviam. Esta questão constituiria o principal ímpeto para a elaboração do seu modelo, segundo o qual a capacidade de adaptação a uma crise (X) dependia da interacção do “*stressor*” (A)¹, e em especial da definição e percepção do “*stressor*” pela família (C), com os recursos existentes (B). Em lugar de uma relação directa entre o “*stressor*” e a crise familiar, Hill propôs que, quer os recursos, quer o significado subjectivo conferido pela família ao “*stressor*” poderiam aumentar a sua vulnerabilidade ou resistência em relação ao “*stressor*”. Este modelo, apesar da sua ilusória simplicidade, não só permaneceria virtualmente inalterado

¹ Para Hill (1958) um “*stressor*” é uma situação normativa ou não normativa, de origem interna ou externa, para a qual a família tem uma reduzida ou nula preparação e que, por isso, é susceptível de introduzir transformações sistémicas.

durante mais de 20 anos como, ao enfatizar o papel mediador da definição subjectiva dos “*stressores*” e dos recursos constituiria, um precursor das abordagens mais actuais neste domínio.

Ao concluírem, a partir da revisão da literatura (McCubbin *et al.*, 1980) que o *stress* familiar representava o subproduto de factores múltiplos e interrelacionados, McCubbin e Patterson (1983) decidiram ampliar o modelo ABCX, de modo a considerar os esforços de reorganização familiar ao longo do tempo, introduzindo uma série de especificações e de variáveis de natureza psicológica, intrafamiliar e social. Assim, no novo modelo, designado de modelo duplo ABCX, o “*stressor*” passa a englobar não apenas os acontecimentos normativos e não normativos² que alteram ou têm o potencial para alterarem o sistema familiar, mas também as exigências associadas a esses acontecimentos e as tensões pré-existentes de ordem intrafamiliar, conjugal, financeira, etc.. O que significa que, presumindo-se que a acção destes factores seria aditiva, quanto mais elevado fosse o seu número, maior seria a probabilidade da família experimentar um desequilíbrio entre o que lhe era exigido e a sua capacidade de resposta. Por seu turno, os recursos familiares foram encarados como situando-se quer nos membros da família individualmente considerados, quer no sistema familiar, quer na comunidade, donde a família obtém (ou poderia obter) apoios essenciais. Em todo o caso, o papel do “*stressor*” e dos recursos na eclosão de um estado de *stress* ou de crise estaria intimamente relacionado com a “construção familiar da realidade” ou “paradigma familiar”³ (Reiss & Oliveri, 1980), ou seja, com a percepção familiar do “*stressor*” e do que poderia ser feito para diminuir o seu impacto.

Para Minuchin (1990) os *stressores* de um sistema familiar podem derivar do contacto *stressante* de um membro ou de toda a família com forças externas. Isto é, quando um indivíduo sofre alguma pressão, os outros membros da família necessitam de se adaptar ao que está a ser alterado. Quando um elemento da família é acometido por uma doença crónica grave, um conjunto de outras consequências emerge, tais como: o sofrimento que se reflecte em toda a família, a necessidade de reorganizar as tarefas, esta com

² Para McCubbin e colaboradores (1980) os acontecimentos normativos correspondem às transições entre os estádios do ciclo de vida familiar, sendo relativamente frequentes, previsíveis e de curta duração. São, por exemplo, o nascimento de uma criança, as mudanças de escola, a saída do domicílio de um dos membros da família, a viuvez, a reforma, etc.. Presume-se que ocasionam *stress* porque envolvem alterações de comportamentos, realinhamentos de tarefas, mudanças de papéis ou a perda de algo ou alguém. Os acontecimentos não normativos podem ocorrer em qualquer momento e são, habitualmente, exemplificados como a presença de uma criança com deficiência, o desemprego, os problemas financeiros, o divórcio, as doenças graves. Estes, sendo inantecipáveis ou incontroláveis no seu aparecimento, causam um impacto substancialmente acrescido por comparação ao dos acontecimentos normativos.

³ Para Reiss e Oliveri (1980), esse paradigma incorpora um conjunto de ideias, opiniões, hipóteses, crenças e pressupostos referentes à realidade social, que constituiriam o guia ou a perspectiva orientadora da interpretação e resolução dos problemas familiares na vida quotidiana.

efeitos particulares no elemento que assume o papel de cuidador (Nolan, 2001, *in* Sousa; Mendes & Relvas, 2007).

Shuman (1996) lê o aparecimento de uma doença crónica como uma situação não-normativa, que poderá constituir um forte agente gerador de *stress*. É natural que a situação de doença seja vivida como uma experiência de sofrimento, nomeadamente, as doenças que implicam um elevado nível de comprometimento orgânico-físico e de mudanças profundas na prática da vida diária.

O grau de *incapacitação* que a doença gera vai determinar o *stress* da família. O *stress* sofrido vai depender do papel que esse indivíduo tinha na família antes da enfermidade, de como ela tem que reorganizar as funções, dos recursos disponíveis e flexibilidade. Se a *incapacitação* ocorre no início da doença, à família é exigida uma nova organização para lidar com o curso esperado e suas consequências. No caso de doenças progressivas, a família tem mais tempo para lidar com as mudanças, permitindo também que o doente participe de todo o planeamento da nova dinâmica familiar (Rolland, 1995). Acresce que a incapacitação resulta da situação clínica, mas igualmente, das expectativas que doente e família têm em relação à evolução da incapacidade e suas consequências (Sousa; Mendes & Relvas, 2007).

Paúl e Fonseca (2001) referem que o *stress* se verifica quando há um desequilíbrio entre as exigências ambientais e as capacidades de resposta do organismo (capacidades de *coping*). Enquanto conceito relacional, o *stress* traduz esse desequilíbrio que varia com o estado psicológico da pessoa, com as condições ambientais físicas, com a interpretação/avaliação individual que a pessoa faz das situações concretas e com as percepções que os indivíduos delas possuem e desenvolvem. Deste modo, na situação de doença crónica, a questão coloca-se no sentido de se encarar a doença não como um estímulo com duração limitada, mas como um estímulo de *stress* continuado e por vezes de alta intensidade.

No conjunto de variáveis que influenciam o adoecer, Fife (1994) sublinha a importância das percepções do significado da doença, nomeadamente, da doença grave no *stress* resultante da doença. O modelo processual da construção do significado face à doença grave, que este autor propõe, conduz, por um lado, à construção de significados pessoais e consequente reformulação da identidade e, por outro, à construção de significados contextuais e reconceptualização do mundo social. Ambos os significados derivam em percepções do futuro, em termos do *eu* e do mundo social, influenciando decisivamente o processo de adaptação face à doença. Para este autor, a construção destes significados não parece depender da idade ou do sexo das pessoas, mas antes daquilo que é importante nas suas vidas e que foi afectado com a doença (Paúl & Fonseca, 2001).

No que concerne ao impacto das doenças crónicas, Brannon e colaboradores (1997) referem que muitas destas doenças não têm grande impacto na vida das pessoas e seus familiares e que, de um modo relativamente simples, conseguem gerir a situação. Contudo, as doenças crónicas graves representam uma crise na vida das pessoas, implicando da parte destas um processo de aprendizagem no lidar com os sintomas do dia-a-dia e com o controlo da terapêutica. Situação esta que, por vezes, vai para

além do ajustamento à própria doença, podendo alargar-se a aspectos sócio-familiares e financeiros. Apoiando-se em vários estudos, estes autores salientam que a doença crónica produz uma variedade de problemas, e mostram que esta difere no seu impacto, não tanto em termos da gravidade da própria doença mas mais no modo como interfere com a vida do doente.

Rolland (1984, 1987, 1989,1990, 1993, 1994, *in* Sousa; Mendes & Relvas, 2007) desenvolve aquilo que designou como paradigma sistémico da doença crónica (*family system-illness model*), através do qual descreve os desafios normativos destas enfermidades para as famílias e sujeitos doentes. Por norma, considera-se que cada doença coloca aos pacientes e famílias desafios diferentes. Porém este modelo demonstra que, perante uma doença crónica grave, todas as famílias enfrentam um conjunto de necessidades comuns, apesar de existirem especificidades relacionadas com a família e a doença. Este modelo parte de um conjunto de pressupostos: *a*) doença, incapacidade e morte são experiências universais para as famílias; *b*) cada vez mais famílias se confrontam com a presença da doença crónica e durante um período cada vez maior das suas vidas; *c*) há várias formas das famílias se adaptarem de forma saudável à doença crónica; *d*) a unidade central de cuidados compreende a família, paciente, equipa de saúde e doença. Este autor considera, ainda, que um bom ajuste entre as exigências psicossociais da doença, o estilo de funcionamento familiar e seus recursos é determinante para o êxito ou fracasso da adaptação.

Para Rolland (1995) o enfrentamento de uma doença crónica ultrapassa o estabelecimento de estratégias ligadas ao conhecimento biológico da enfermidade. Existem questões psicossociais envolvidas no caso de doenças crónicas que se estendem por anos. A família precisa desenvolver um modo de conviver com suas implicações, o que conforme o autor, seria encontrar um *modus operandi*. Desta forma, para o autor, quando se trata de uma doença crónica, não basta que se faça um entendimento isolado. Em geral, o que se tem é uma interface dos ciclos de vida da doença, do indivíduo e da família. São essas três instâncias que, em inter-relação, actuam sobre o sintoma.

Neste contexto Rolland (1995) descreve uma tipologia que auxilia na identificação de respostas e reacções familiares, baseadas no impacto psicológico, às diferentes características e etapas da doença crónica. De acordo com essa tipologia psicossocial da doença, poderá mencionar-se algumas reacções esperadas para cada fase e tipo de enfermidade. Segundo esta descrição, além da quantidade de reajuste que a família se vê forçada a fazer, em si mesma, um início agudo da doença exige que a família se instrumentalize num tempo menor, o que produz um desgaste maior. Quando a doença é de aparecimento gradual, o ajustamento pode ser mais prolongado. Ainda segundo este autor, o curso das doenças também pode interferir na adaptação familiar. O curso relaciona-se com a evolução dos sintomas e, igualmente, com a mudança exigida nos papéis familiares. Quando o curso é progressivo, a doença é constantemente sintomática e as limitações tendem a aumentar com severidade. A tensão vivida pela família

é crescente, assim como os cuidados em relação ao doente. A adaptação é contínua, já que as limitações do paciente ocorrem de forma progressiva, podendo levar a família ou o cuidador primário à exaustão.

Este autor refere, também, que em diferentes momentos do seu desenvolvimento, a família sofrerá influências de forças que impulsionam os membros para o meio externo ou interno. São os movimentos centrípeto e centrífugo. No movimento centrípeto, os membros voltam-se para o centro, existe um maior convívio familiar, e as diferentes gerações encontram-se. No movimento centrífugo os membros afastam-se do centro, por exemplo, quando os filhos saem de casa. O mesmo autor salienta que a doença actua como força centrípeta dentro da família, fazendo com que os membros se voltem para as necessidades do paciente. A ocorrência da enfermidade num momento em que a família se encontra em movimento centrífugo, com os filhos a sair de casa, por exemplo, pode dificultar o processo de separação dos pais, prejudicando o desenvolvimento adequado tanto do indivíduo, como da família. Se a família já estiver em movimento centrípeto, esse período pode ser prolongado ou acentuado na ocorrência da doença.

Santos e Sebastiani (2001) enquadram as reacções da família face à situação de crise ocasionada pela doença e pelas limitações causadas em três tipos. O primeiro tipo corresponde à reacção do sistema em se mobilizar, com o intuito de recuperar o seu estado anterior. No caso das doenças crónicas esse estado anterior não pode ser recuperado, exigindo que a família alcance uma outra identidade. O sistema passa por dificuldades no processo adaptativo, tentando acomodar a enfermidade. O segundo tipo de reacção consiste na paralisação face ao impacto da crise. Essa reacção ocorre sempre, sendo superada em maior ou menor tempo. Essa paralisação dá-se proporcionalmente à importância que o indivíduo possuía no equilíbrio dinâmico do sistema. O terceiro tipo é quando o sistema identifica benefícios com a crise e se mobiliza para mantê-la. O doente é colocado como bode expiatório, sendo o depositário de todas as patologias das relações dentro da família.

Navarro (2002) fala ainda, em alterações estruturais, alterações processuais (do ciclo evolutivo normativo) e alterações cognitivas e de resposta emocional, como principais alterações na família produzidas pelo impacto de uma doença crónica. As alterações estruturais correspondem ao desenvolvimento na família de ligações e exclusões emocionais; as famílias aderem a padrões rígidos, por exemplo: falta de flexibilidade para passar da configuração em crise à configuração crónica; padrão rígido entre cuidador primário familiar e o resto da família; sobreprotecção do doente. Ainda como alterações estruturais, o autor refere-se ao isolamento social, mudanças estruturais nos papéis familiares e no poder. Salienta também que, no geral, as mudanças estruturais são mais importantes quando quem tem a doença é um dos pais. Incluídas nas alterações processuais (do ciclo evolutivo normativo) a compatibilizar a tarefa evolutiva com a atenção na doença e as respostas de ciúmes em momentos centrípetos e de incompatibilidade em momentos centrífugos. Nas alterações cognitivas e de resposta emocional, o autor refere os sentimentos de contrariedade, culpa, ressentimento e impotência; a sua expressão julga-se incompatível com a

condição médica do paciente e com a estabilidade da família.

No estudo realizado por Mendes (2004) cujo objectivo incidiu na análise da articulação da família e as mudanças que se operam com o surgimento da doença crónica, reforçam a relevância da rede social formal e informal para o controlo da doença. Neste estudo, as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade e habilitações literárias) revelaram-se como factores importantes na variação das experiências de aceitação e adaptação à doença crónica. Constatou-se ainda, que na presença de doença crónica e de acordo com a patologia e a dimensão que esta possa atingir, o doente crónico e a sua família iniciam um processo de reaprendizagem e reorganizam toda a sua dinâmica interna, com o intuito de satisfazer as necessidades do doente crónico e restantes membros que com ele vivem, nomeadamente, ao nível dos comportamentos orientados para a saúde.

As doenças podem também ser divididas de acordo com o seu desenvolvimento. Observar a fase de desenvolvimento da doença é tão necessário quanto observar as fases de desenvolvimento do ciclo familiar e do indivíduo (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1994; Rolland, 1998). A doença acarreta diferentes movimentos familiares, dependendo da fase do desenvolvimento individual em que a doença ocorre. Por exemplo, nos idosos esta é encarada como «normal», pois trata-se de uma fase da vida mais desafiada por múltiplas doenças crónicas e menos luta pela autonomia e independência; nos adultos influencia o casamento, a relação com os filhos, a carreira profissional; nos adolescentes pode dificultar a autonomização, porque os pais temem a libertação e transformação dos laços vincutivos, não deixam sair, têm medo e vergonha; nas crianças, a doença pode afectar a relação com os pais (sobrepoteção), podendo levá-los a tornarem-se crianças, adolescentes e, até, adultos inseguros (*in* Sousa; Mendes & Relvas, 2007).

Hespanha (1987) considera que a gravidade da doença, é determinada em função de um conjunto de factores ponderados de acordo com o grupo social, a idade, o sexo e outros, sendo a doença ainda eivada de um carácter sobrenatural, sobretudo nos meios rurais (*in* Duarte, 2002).

No que concerne ao *coping*, McCubbin e Patterson (1983) referem que da conjugação dos recursos com as percepções emergiria o processo de “*coping*” familiar, isto é, um conjunto de interações intrafamiliares e de transacções entre a família e a comunidade, com vista ao restabelecimento do reequilíbrio da unidade familiar.

Judge (1998) cita a definição de *coping* de Lazarus e Folkman (1984) enquanto modificação de esforços (cognitivos e comportamentais) utilizados para fazer face a necessidades específicas (internas e/ou externas) consideradas difíceis ou que estão para além dos recursos do indivíduo. Assim, não estando a resposta automática imediatamente disponível terão que ser encontradas novas soluções ou as existentes terão que ser adaptadas (Monat & Lazarus, 1985). Na visão de Lazarus e Lazarus (2006) para que o *coping* seja eficiente terá que permitir ao indivíduo viver com o *stress*, sem que daí resulte algum dano significativo (psíquico ou fisiológico). Importa acrescentar que o recurso ou não, a estratégias de *coping* e o tipo de estratégias utilizadas estão ainda dependentes do *significado pessoal* que o

indivíduo atribui ao que lhe está a acontecer, tendo em conta a avaliação dessa vivência (Serra, 1999).

Alguns estudos sobre o *coping* nas famílias, conduziram a quatro hipóteses base. Os comportamentos de *coping* podem: *a)* diminuir a vulnerabilidade da família ao *stress*; *b)* reforçar ou manter os recursos da família que servem para proteger a família do impacto completo dos problemas; *c)* reduzir ou eliminar o impasse dos acontecimentos geradores de *stress* e as suas dificuldades específicas; *d)* mobilizar o processo de activamente influenciar o meio, fazendo algo para alterar as circunstâncias sociais de forma a que se torne mais fácil, ajustar-se à situação difícil. Acrescenta-se uma quinta hipótese de acordo com a qual as estratégias de *coping* diferem de acordo com a etapa do ciclo vital (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson, 1983).

Em 1982, Moss faz referência a algumas estratégias de *coping*, como forma de lidar com a doença crónica, tais como: *negar ou minimizar* a seriedade da doença. Este método pode ser benéfico nas primeiras fases de adaptação a um problema de saúde, separando o lado emocional do lado clínico da questão. Isto permite que os doentes não se sintam demasiado tristes e dá-lhes tempo para organizarem modalidades pessoais de entendimento do problema e de cooperação com os profissionais de saúde. Permite-lhes, ainda, *procurar informação* sobre o problema e sobre os meios de tratamento, *aprender para poder tratar da sua doença* (por exemplo como administrar injeções de insulina), o que leva os pacientes a desenvolver uma maior percepção de autocontrolo. Além disso, este tempo permite-lhes *organizar objectivos concretos mas limitados*, tais como exercício físico, ida a espectáculos e reuniões sociais e, no máximo possível, manter as rotinas regulares; *investir no recrutamento de suporte instrumental e emocional* através da família e amigos, expressando as suas necessidades e os seus sentimentos; *considerar e averiguar possíveis acontecimentos e situações stressantes*, para saber o que esperar no futuro e para antecipar dificuldades inesperadas. Por fim, como Moss refere, cria-se com isto a capacidade em adquirir *uma perspectiva regulável* sobre o seu estado de saúde, encontrando objectivos a longo prazo ou significados para a experiência, como uma outra forma de lidar com a doença crónica. Os pacientes normalmente fazem isto através de crenças religiosas ou reconhecendo que mudaram para melhor «como pessoas» através da experiência (in Paúl & Fonseca, 2001).

Olson e DeFrain (2003) citam, ainda, a definição de *coping* familiar de Boss (1988) como a capacidade que a família (enquanto unidade) tem para lidar com uma situação geradora de *stress* sem consequências prejudiciais para qualquer elemento daquela família. Para lidar com o *stress*, o sistema familiar utiliza processos cognitivos, afectivos e comportamentais (Olson & DeFrain, 2003). Contudo, há que ter ainda em conta que ao centrarmo-nos num nível familiar o *coping* é necessariamente mais complexo, já que envolve lidar em simultâneo com diversas dimensões da vida familiar (Olson & DeFrain, 2003). O *coping* familiar é considerado por Olson, McCubbin e colaboradores (1983) mais do que uma resposta aos *stressores*, ele é visto como um conjunto de interações dentro da família e

transacções entre a família e a comunidade. Os recursos de *coping* familiar, oriundos das várias áreas da vida da família (psicológica, económica ou física) (Boss, 1992, *in* Olson & DeFrain, 2003), ainda que possam estar disponíveis não há garantias de que a família os utilize para lidar com o *stress* (Olson & DeFrain, 2003).

Burr e Klein (1994, *in* Olson & DeFrain, 2003), propõem a organização das estratégias de *coping* familiar em seis categorias gerais. São elas, a *cognitiva* (obter informação e reenquadrar a situação), a *emocional* (expressar os sentimentos, transformar sentimentos negativos e ser sensível às necessidades emocionais dos outros), a *relacional* (aumentar a coesão, aumentar a adaptabilidade, aumentar a confiança e cooperação), a *espiritual* (estar envolvido em actividades religiosas, manter a fé) e a de *desenvolvimento individual* (desenvolver autonomia e independência).

Também Olson, McCubbin e colaboradores (1985) organizaram as diferentes estratégias de *coping* em dois grandes grupos: estratégias internas e externas de *coping*. Fazem-no tendo em conta os dois níveis de interacção considerados no Modelo do Duplo ABCX: o primeiro nível, o das relações recíprocas entre os membros individuais da família e a unidade familiar e o segundo, entre a unidade familiar e a comunidade. As estratégias internas de *coping* (Olson, McCubbin *et al.*, 1983) dizem respeito a processos intrafamiliares, em que se consideram dois tipos de estratégias internas de *coping*. A primeira, o *Reenquadramento*, caracterizada por uma atitude activa, que encara a situação geradora de *stress* como um desafio que poderá ser ultrapassado. Aqui procura-se perceber que tipo de significados a família utiliza na sua visão do *stressor* e como estes podem determinar as reacções emocionais (Lazarus, 1966, 1977, *in* Olson, McCubbin *et al.*, 1983). Nesta redefinição, a família pode tornar a situação mais racional e aceitável e, conseqüentemente, mais susceptível de ser manipulada. A segunda estratégia interna de *coping*, a *Avaliação Passiva* (*passive appraisal*), caracteriza-se por uma atitude passiva e de crença que com o tempo o problema se resolverá (uma forma de evitar responder/reagir perante os problemas), operando mais como um evitamento na resposta aos problemas. Parece denotar uma atitude mais pessimista relativamente à capacidade de resolução dos problemas (Olson, McCubbin *et al.*, 1983). As estratégias internas de *coping* podem ser consideradas tendo em atenção três configurações: a confiança de que o problema se irá resolver, o *reenquadramento* dos problemas familiares e a passividade familiar (Olson, McCubbin *et al.*, 1983).

Relativamente às *estratégias externas de coping*, ou seja, aquelas em que a família utiliza recursos do seu exterior, nomeadamente do seu ambiente social, os autores consideram a família extensa, amigos, vizinhos e outros da rede de suporte social (Olson, McCubbin *et al.*, 1985; Olson, McCubbin *et al.*, 1983). Poderemos considerar em concreto três estratégias externas de *coping*, que passamos a analisar de seguida. O *Apoio Espiritual*, em que pode assumir diversas formas: como pedir conselhos aos padres, ir à Igreja, participar em actividades religiosas e ter fé em Deus. Caracteriza-se pela busca e confiança no apoio espiritual ao enfrentar uma dificuldade. Estudos têm demonstrado que esta estratégia é mais usada na fase do “Ninho

vazio” e da aposentação, dada a maior probabilidade de doença e perdas nas últimas etapas, fazendo crescer a necessidade de uma maior confiança em crenças religiosas para lidar com acontecimentos de vida *stressantes*. Segundo Barros (2000) a religião é uma das dimensões mais importantes da vida humana, na medida em que, *Ela influencia o sentido da vida e da morte, o modo como se encara o mundo e os homens, as alegrias e o sofrimento, o modo como se vive a vida familiar (...)* (p.5).

Na *Aquisição de Suporte Social* a família e cada indivíduo recorrem ao apoio de elementos da família alargada, amigos ou vizinhos que prestam um apoio informal, mas que muitas vezes é o que está mais disponível (comparativamente às redes formais de apoio). Por fim a *Mobilização de Apoios Formais* (a procura e aceitação de apoio social) consiste no acesso e utilização de recursos técnico-profissionais. Parecem ser recursos fundamentais e especialmente direccionados para famílias que experienciam longos períodos de *stress* (Olson, McCubbin *et al.*, 1983).

Serra (1999) refere que o grau de eficácia das estratégias de *coping* está condicionado por dois elementos: os recursos que o indivíduo detém e o tipo de problema com que se defronta. Salienta que algumas estratégias de *coping* podem ser mais eficazes, desde que sejam utilizadas no momento exacto pela pessoa adequada e considerando o indutor específico do *stress*. Ainda assim, mesmo que uma estratégia seja eficaz dificilmente o será em qualquer circunstância.

Radley (1995) defende que a aceitação da doença crónica é feita a partir de um significado que lhe é atribuído e que nomeia tal experiência. Todos os membros vivenciam o processo de adoecer com os recursos que lhes são disponíveis, portanto diferentes significados surgem de acordo com a história pessoal de cada membro.

Deste modo, o comportamento actual da família, incluindo a resposta à doença, não pode ser compreendido sem o recurso à sua história, podendo ajudar a prever e a explicar o estilo de enfrentamento e adaptação da família (Sousa, Mendes & Relvas, 2007).

Conjugar uma doença crónica com qualidade de vida tem sido um desafio partilhado entre alguns profissionais da saúde, as pessoas e suas famílias que vivenciam a doença crónica.

Definir de forma única o conceito de qualidade de vida não é fácil, uma vez que este é um conceito de cariz dinâmico e cultural. No entanto, algumas tentativas têm sido feitas de entre as quais, a definição oferecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) onde a qualidade de vida é definida como “*a percepção que os indivíduos têm da sua vida, dentro do contexto dos sistemas cultural e de valores sobre os quais estão inseridos e, na relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” WHOQOL Group, 1994, p. 28).

Associado ao conceito de qualidade de vida, foram consideradas algumas características centrais. A primeira é a de que a qualidade de vida é subjectiva. Esta pode estar presente na mensuração da percepção (subjectiva) de condições objectivas ou de avaliações subjectivas propriamente ditas. A segunda característica reporta-se à qualidade de vida como construto multidimensional e que envolve no mínimo três dimensões: a percepção

subjectiva da dimensão física, psicológica e social. A terceira questão a considerar é a de que a qualidade de vida inclui tanto aspectos positivos como negativos. Os primeiros, deveriam estar presentes para conferir boa qualidade de vida (p. ex. mobilidade) e os aspectos negativos são encarados como os que deveriam estar ausentes para que uma boa qualidade de vida fosse atingida (p.ex. dor) (Fleck, 1999).

No mesmo contexto, Silva, Souza, Francioni, e Meirelles (2005) entendem que a qualidade de vida inclui uma ampla variedade de condições internas e externas ao indivíduo. As condições externas oferecem predisposição para ter uma vida de qualidade, sem, no entanto, ser o factor determinante. Neste sentido, a qualidade de vida é, fundamentalmente, definida pelo próprio indivíduo, como uma experiência interna de satisfação e bem-estar com o seu processo de viver. Mesmo tendo todas as condições externas favoráveis, as pessoas podem considerar que não têm qualidade de vida, porém, sem algumas dessas condições externas é bastante difícil a pessoa ter essa qualidade de vida

Na perspectiva de Sliwiany (1997) promover óptimas condições de sobrevivência não garante a elevação dos níveis de qualidade de vida, visto que o que determina é a forma e a capacidade do indivíduo em perceber e de se apropriar dessas condições. Além disso, viver com qualidade é uma condição que satisfaz as exigências e demandas que determinada situação inflige aos indivíduos, dentro de um dado contexto particular. Qualquer fenómeno social deve ser considerado no âmbito do seu contexto histórico e entendido dentro da conjuntura política, económica e cultural na qual se processa, inclusive a condição de qualidade de vida.

II - Objectivos

Em traços gerais, o presente estudo insere-se no âmbito de um Projecto de Investigação levado a cabo por dezasseis alunos estagiários da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (Mestrados em Psicologia Clínica Sistémica), sobre o *Stress e Bem-estar Familiares*, onde se procura contribuir para uma intervenção mais ajustada por parte dos técnicos que, nos diferentes serviços, lidam com famílias.

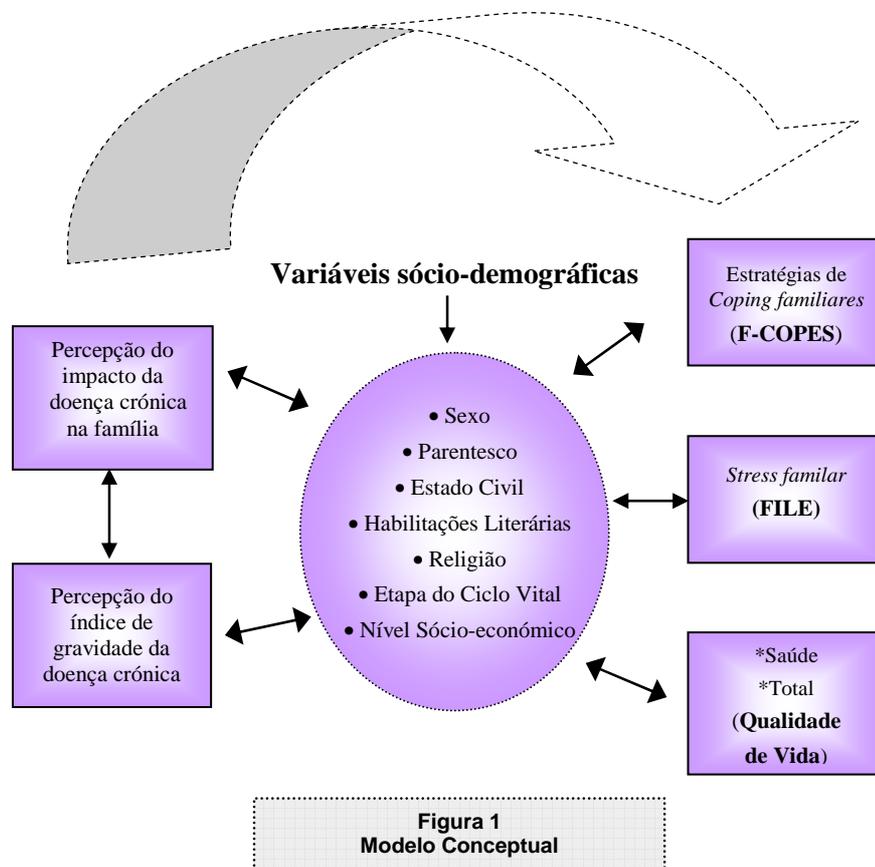
Este projecto inicia-se em termos metodológicos com o trabalho de adaptação de três escalas (o *FILE*, o *F-COPES* e o *Quality of Life*), através da realização de alguns estudos psicométricos e normativos, a uma população composta por utentes de serviços de saúde/cuidados primários e sujeitos que procuram ajuda em terapia individual, de casal ou familiar.

Tendo em conta alguma da literatura existente na área, constata-se que actualmente, lidar com as doenças crónicas constitui um dos maiores desafios colocados à medicina e às ciências da saúde em geral.

Assim, as variáveis que norteiam este estudo não-experimental e transversal, são por um lado, as estratégias de *coping* familiares, vulnerabilidade ao *stress* e percepção e satisfação com a qualidade de vida familiar (variáveis dependentes) e, por outro lado, a percepção do impacto da doença crónica do sujeito na família, percepção do índice de gravidade da

doença crónica e as variáveis sócio-demográficas (variáveis independentes).

Apresenta-se, esquematicamente, o modelo conceptual que serviu de pano de fundo para o presente trabalho.



Assumindo o modelo conceptual acima apresentado, pretendemos estudar a eventual influência da percepção do impacto da doença crónica na família, da percepção do índice de gravidade da doença crónica e de algumas variáveis sócio-demográficas (sexo, parentesco, estado civil, habilitações literárias, religião, etapa do ciclo vital da família e nível sócio-económico) nas estratégias familiares de *coping*, na vulnerabilidade ao *stress* familiar e na percepção e satisfação com a qualidade de vida familiar (total e no domínio “Saúde”).

III - Metodologia

1 - Procedimentos

A amostra é composta por utentes de serviços de saúde/cuidados primários e de sujeitos que procuram ajuda em terapia individual, de casal ou familiar, e foi recolhida nos Centros de Saúde Fernão Magalhães e S. Martinho do Bispo, no Hospital Pediátrico de Coimbra, no Núcleo de Seguimento Infantil e Acção Familiar (NUSIAF) e no Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra (CEIFAC).

O processo de selecção da amostra decorreu entre 15 de Novembro e

15 de Dezembro de 2006, verificando-se algumas variações relativamente à forma de abordagem dos sujeitos, consoante os locais. Assim, nos Centros de Saúde foram seleccionadas, para a amostra todas as famílias que aceitaram participar na investigação e das quais pelo menos um elemento tenha recorrido ao serviço, entre 15 de Novembro e 15 de Dezembro. No final das consultas, o médico de família apresentava a investigação em traços gerais e entregava ao sujeito uma pequena carta (Anexo I), com algumas informações relativas à investigação. Caso a pessoa aceitasse, era-lhe solicitado o contacto e informada de que mais tarde, um membro da equipa a contactaria. O contacto da pessoa participante era registado numa folha de registo própria, especificamente criada para este efeito, sendo que cada médico possuía uma folha de registo de contactos. Também no CEIFAC, no NUSIAF e no Hospital Pediátrico de Coimbra, os procedimentos de recolha da amostra foram semelhantes. O contacto telefónico, com os participantes foi efectuado pelos membros da equipa de investigação que, para além de combinarem a data e o local da aplicação, sempre que possível questionavam a pessoa sobre se mais alguém do agregado familiar, com idade superior a catorze anos, concordaria em participar na investigação.

Com o intuito de uniformizar o processo de aplicação, realizou-se uma reunião com todos os membros da equipa de investigação, de forma a delinear um guia de aplicação do protocolo (Anexo II), considerando ainda algumas precauções particulares. Assim, ficou estabelecido que sempre que possível a aplicação seria feita individualmente, devendo apenas estar presente o investigador e o participante. No caso de tal não ser possível e de a aplicação ter de ser feita a mais do que um membro da mesma família simultaneamente, ter-se-ia o cuidado de separar as pessoas no espaço, de forma a impedir a comunicação durante o preenchimento dos questionários, podendo a resposta às questões do questionário demográfico ser feita em conjunto. Estipulou-se ainda, que na eventualidade de surgirem dúvidas no decorrer da aplicação dos questionários, a conduta a adoptar seria o de apenas reler os itens em voz alta.

Houve, também, uma reflexão sobre o facto de muitas vezes os sujeitos respondentes, em particular da população idosa, sentirem alguma dificuldade em preencher os questionários sem abordar outros temas, pelo que foi reforçada a importância da sua concentração no preenchimento do questionário. Posteriormente, garantimos um espaço e momento de troca de impressões, conversas, partilhas que se revelassem aos sujeitos significativas para a sua tranquilidade. Convencionou-se, ainda, que no caso de surgirem sujeitos iletrados, estes não seriam excluídos e a aplicação prosseguiria, cabendo ao investigador ler as instruções e os itens em voz alta ao sujeito (com o cuidado de manter o mesmo tom de voz e ritmo, por forma a minimizar o grau de interferência na resposta do indivíduo), ficando atribuída ao investigador a tarefa de assinalar a resposta no protocolo.

A aplicação dos instrumentos foi feita segundo uma ordem previamente definida, começando-se pelo questionário demográfico, depois a ficha de dados complementares, ambos aplicados sob a forma de entrevista estruturada, seguindo-se o inventário da *Qualidade de Vida*, o *FILE* e por fim, o *F-COPES*, respondidos directamente pelos sujeitos.

A administração dos protocolos realizou-se entre os períodos de 15 de Dezembro a 21 de Janeiro e de 22 de Fevereiro a 10 de Março. A recolha de dados foi feita através de entrevistas individuais sendo, sempre que possível, entrevistados mais do que um elemento da mesma família, correspondendo ao “protótipo” funcional Pai-Mãe. Sempre que possível, foram também entrevistados os adolescentes existentes no agregado.

No início da entrevista, agradecia-se a participação dos sujeitos e forneciam-se algumas informações relativas aos objectivos gerais do estudo. Garantia-se a privacidade da família e o sigilo das informações obtidas, fornecendo, ainda, algumas instruções relativamente aos questionários. No final, agradeceu-se novamente a colaboração dos sujeitos/famílias na investigação.

A administração dos questionários ocorreu nos serviços em que a amostra foi seleccionada e, em alguns casos, foi feita no domicílio dos participantes, de forma a dar resposta à disponibilidade por eles definida, tentando (sempre que possível) salvaguardar um ambiente tranquilo e isento de distractores. Não raras vezes os protocolos foram aplicados em dias em que as famílias tinham consulta marcada no serviço.

2 – Instrumentos

Antes do preenchimento das escalas, os sujeitos responderam a um questionário sócio-demográfico e a uma ficha de dados complementares (elaborados para o estudo), que permitiram, tendo em conta os objectivos do estudo, aceder a informações sentidas como pertinentes.

2.1 - Questionário sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico era preenchido pelo investigador, recolhendo os dados sob a forma de entrevista estruturada. Foram várias as dimensões que considerámos pertinentes incluir, dada a natureza e amplitude do estudo mais global.

Deste modo, procurava-se conhecer qual a nacionalidade e local de residência⁴ do respondente. Do agregado familiar, questiona-se o estatuto familiar (parentesco na família nuclear) do respondente, a idade, o estado civil e a data a partir da qual mudou de estado civil (nesta questão, foram incluídos casais em união de facto e, nesse sentido, considerámos os anos de união de facto), as habilitações literárias e a profissão⁵. Estas mesmas questões, foram feitas relativamente a cada um dos restantes elementos do agregado familiar e em relação aos filhos que eventualmente possam já ter saído do agregado. Independentemente dos filhos ainda fazerem parte do agregado ou já terem saído, questionava-se o número de filhos.

⁴ As zonas de residência, foram definidas de acordo com a Tipologia das Áreas Urbanas do Instituto Nacional de Estatística e Direcção Geral de Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano, de Junho de 1998.

⁵ Organizada de acordo com a Classificação Nacional das Profissões - CNP, versão 1994, das Estatísticas Demográficas do Instituto Nacional de Estatística, de 1998.

Considerámos ainda pertinente perceber se o sujeito professava alguma religião e qual. Relativamente ao elemento do agregado familiar considerado como a principal fonte de suporte da família, perguntava-se qual a sua situação na profissão (patrão, trabalhador por conta própria sem assalariados, trabalhador por conta de outrem, desempregado, reformado e pensionista por invalidez).

No final do questionário, era da responsabilidade do investigador preencher os campos correspondentes à etapa do ciclo vital, tendo em conta as sete fases do ciclo vital⁶ da família definidos por Olson, McCubbin e colaboradores (1983), e o nível sócio-económico, seguindo a classificação de Simões (1994, pp.281-286) resultante do cruzamento da situação na profissão, da profissão principal e das habilitações literárias (Anexo III).

2.2 - Ficha de dados complementares

A ficha de dados complementares, à semelhança do questionário sócio-demográfico, era preenchida pelo investigador e sob a forma de entrevista estruturada. Visava obter algumas informações relativas à saúde e doença dos respondentes, os recursos mais utilizados em caso de doença ou outro problema e uma resposta global sobre o *stress*, a qualidade de vida e a capacidade de *coping* da família às dificuldades.

No que concerne à doença, questiona-se se alguém na família sofre de alguma doença crónica, quem e qual a doença. No caso de existir, numa escala de 1 (muito fraco) a 5 (muito forte), pede-se ao sujeito que classifique qual o impacto percebido da doença na família e ainda, qual a sua percepção relativamente à gravidade da doença (ligeira, moderada ou severa), justificando a sua escolha. Inquire-se, ainda, sobre a existência de outro tipo de problema (por exemplo, obesidade, nervos ou depressão) e igualmente o impacto deste na família, adoptando uma escala igual à utilizada para a doença crónica. Foi pedida, também, a percepção do nível de gravidade do problema, tendo em conta os mesmos níveis utilizados para a realidade de doença crónica.

Com o objectivo de apreender quais os recursos predominantemente utilizados pela família na doença ou noutras situações difíceis, consideram-se três tipos de recursos: o apoio da família chegada, apoio da família alargada, da comunidade (vizinhos, amigos...) e de instituições (apoio social, médico...), solicitando-se a sua enumeração por ordem decrescente.

As três questões seguintes pretendem, através de uma escala Lickert de 5 pontos, traçar a forma como o sujeito percebe e avalia o *stress*, a qualidade de vida e as estratégias de *coping* utilizada face às dificuldades da família

Na segunda parte da ficha encontram-se questões específicas para os diferentes locais de recolha da amostra. Assim, para os Centros de Saúde é questionado o número de vezes, por ano, que o sujeito recorre aos serviços e

⁶ Etapa 1 – Jovens Casais sem filhos; Etapa 2 – Famílias com filhos pequenos e famílias com filhos em idade pré-escolar; Etapa 3 – Famílias com filhos em idade escolar; Etapa 4 – Famílias com filhos adolescentes; Etapa 5 – Famílias de “lançamento” dos filhos para o exterior; Etapa 6 – Ninho vazio; Etapa 7 – Famílias na Reforma .

quais os cinco motivos mais frequentes que o determinaram a tal. Aos utentes do Núcleo de Seguimento Infantil e de Acção Familiar (*NUSIAF*) e ao Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra (*CEIFAC*), era perguntado como é que a família teve conhecimento da instituição e qual a situação/problema que a fez recorrer a estas consultas. Também para o Hospital Pediátrico de Coimbra são colocadas duas questões muito semelhantes às anteriores, correspondendo à situação/problema que levou o sujeito às consultas e sobre quem o encaminhou para as Consultas de Psicologia no Hospital Pediátrico (Anexo IV).

2.3 - Qualidade de Vida

O formulário *Quality of Life*, de David H. Olson e Howard L. Barnes (1982), foi desenvolvido com o objectivo de medir o sentimento individual de bem-estar ou de satisfação com a vida.

Inicialmente, o formulário abarcava os seguintes domínios: *Casamento e Vida Familiar, Amigos, Casa, Educação, Tempo, Religião, Emprego, Bem-estar Financeiro e Vizinhaça e Comunidade*. Posteriormente, criou-se uma nova versão, onde se englobaram dois novos domínios, considerados de particular importância: os *Mass Media e a Saúde*.

Para contemplar as diferenças nas preocupações que pais e adolescentes possuem, foram desenvolvidos dois formatos do instrumento, para medir a qualidade de vida. Neste estudo utilizámos uma versão traduzida e adaptada, segundo as normas da OMS (para tradução e retroversão de instrumentos *in* Canavarro, 2006) e que designámos de *Qualidade de Vida*. Os domínios que cada escala abrange são genericamente os mesmos, para pais e adolescentes, com a excepção de que o *Casamento* e o *Emprego* estão presentes apenas no formulário parental, enquanto que, o *Lazer, Educação* e a *Família Alargada* surgem apenas no formulário para adolescentes. Para além da diferença nos domínios investigados, muitas das questões específicas formuladas em cada um deles são adequadas ao grupo de população específico respondente. O resultado é uma escala de 40 itens, na versão parental e uma escala de 25 itens na versão adolescentes, sendo 19 dos itens comuns e seis surgem apenas no formulário para adolescentes.

O questionário *Qualidade de Vida* é de fácil aplicação e cotação, pedindo-se aos sujeitos que, para cada um dos 40 ou 25 itens (dependendo da versão), assinalem qual o seu nível de satisfação com esse acontecimento/situação da sua vida, utilizando para isso, uma escala tipo *Lickert* de 1 (insatisfeito) a 5 (extremamente satisfeito). Em termos de cotação, a um resultado mais elevado corresponde um maior nível de satisfação com a qualidade de vida.

A aplicação deste instrumento de avaliação permite-nos perceber e medir a satisfação que cada indivíduo sente em relação aos domínios que nele estão incluídos, e que será sempre o resultado da ligação que se estabelece entre os seus interesses e necessidades individuais e a realidade vivida no momento. A discrepância entre estes dois resultados dá-nos a medida indirecta da sua satisfação em relação à generalidade das áreas da sua vida (Anexo V).

No procedimento da sua validação transcultural, e seguindo as normas

da Organização Mundial de Saúde (Canavarro *et al.*, 2006), os itens foram traduzidos para português e aplicados a uma pequena amostra de sujeitos seleccionados aleatoriamente. Com base nas opiniões e sugestões desses sujeitos foram feitas algumas rectificações à versão portuguesa que, depois de rectificadas, foi novamente aplicada a uma amostra aleatória de sujeitos. Com o objectivo de verificar se esta tradução se mantinha fiel ao conteúdo da escala original, procedeu-se à retroversão da escala, de português para inglês, tendo este trabalho sido feito por um tradutor independente.

Esta escala foi adaptada numa amostra de 260 sujeitos, com idades compreendidas entre os 21 e os 84 anos, sendo a média de idades de 52,3 (DP=15,2). Esta amostra é composta por 34,2% por sujeitos do sexo masculino e 65,8% do sexo feminino. No que diz respeito às habilitações literárias dos sujeitos, 47,3% têm habilitações iguais ou inferiores ao 4.º ano de escolaridade, seguindo-se 38% entre o 6.º e o 12.º anos e apenas 14,8% entre o ensino médio e o ensino superior. Relativamente ao nível sócio-económico dos sujeitos, 54,4% pertence ao nível baixo, 41,7% ao nível médio e 3,9% ao nível elevado. Já no que diz respeito à etapa do ciclo vital, 33,5% são famílias lançadoras, 23% são famílias na reforma e 4,7% são casais sem filhos.

Seguindo os procedimentos estatísticos usados pelos autores originais da escala (McCubbin, Olson & Larsen, 1985) e usando o programa SPSS 15.0 FOR WINDOWS, procedeu-se a uma análise factorial da escala, com o recurso ao método *Varimax*. Assim, de acordo com a curva de inflexão no *scree plot*, verifica-se a possibilidade de utilizar 5 ou 11 factores; no entanto, uma vez que existe muita subjectividade na análise do *scree plot*, optou-se por extrair 11 factores. Tendo em conta as dimensões sugeridas pelo autor, foi tentada uma rotação forçada a 12 factores, mas a opção acabou por ser trabalhada com a estrutura factorial de 11 factores. Após análise dos resultados, constatou-se que no factor 11 apenas saturava um item (item 25), com uma saturação de 0.462, sendo que o referido item apresentava uma saturação semelhante no factor 5 (0,397), pelo que se optou por trabalhar apenas com 10 factores, tendo deixado cair o factor 11 e procedendo à inclusão do item no factor 5 (Anexo VIII).

No que diz respeito ao *Qualidade de Vida – versão adolescentes*, optou-se por não incluir os resultados deste questionário na base de dados, uma vez que o número de sujeitos adolescentes é muito reduzido.

2.4 - Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida (FILE)

O *Family Inventory of Life Events (FILE)*, foi um instrumento desenvolvido por McCubbin, Patterson e Wilson (1981), tendo por base o Modelo Duplo ABCX de McCubbin e Patterson (1982). Esta escala permite avaliar o acumular de acontecimentos de vida por parte das famílias, bem como calcular um índice de vulnerabilidade familiar.

É um inventário de auto-resposta, composto por 71 itens, que avaliam o *stress* e as tensões na família, relativamente a determinados acontecimentos de vida e a mudanças experimentadas pela família, durante o ano anterior à aplicação do instrumento, sendo que, em alguns itens (em 34

dos 71 itens), se alarga o período de referência a antes desse ano.

A escala de resposta é de carácter dicotómico, sendo a resposta “sim” cotada com um ponto e a resposta “não” com zero. Quanto maior for o resultado total da escala maior é o índice de *stress* na família.

A versão original da escala é composta por nove factores: *tensões intra-familiares*; *tensões conjugais*; *tensões relativas à gravidez e maternidade*; *tensões financeiras*; *tensões e mudanças no trabalho*; *tensões associadas a doença ou cuidados de saúde*; *tensões associadas a doença crónica*; *tensões associadas a dependências*; *perdas*; *movimentos de “entradas e saídas da família”* e *problema legais*. Da versão original é possível retirar três indicadores: o resultado total de Mudanças de Vida Recentes, o resultado total de Mudanças de Vida Passadas e os resultados por factores.

A versão portuguesa do *FILE* foi elaborada por Vaz Serra e colaboradores (1990), com a designação de *Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida*, tendo sido esta a versão utilizada no nosso estudo (Anexo VI).

A escala foi adaptada numa amostra de 261 sujeitos, com idades compreendidas entre os 21 e os 84 anos, sendo a média de idades de 52,2 (DP=15,3 e Mo=55). Dos 261 sujeitos 65,9% são do sexo feminino e 34,1% do sexo masculino. No que diz respeito às habilitações literárias, 37,1% dos sujeitos têm o 4.º ano de escolaridade, 15,1% têm habilitações superiores ao 12.º ano e 10% têm habilitações inferiores ao 4.º ano de escolaridade. Relativamente ao nível sócio-económico 54,6% dos sujeitos pertencem ao nível baixo e apenas 3,8% ao nível elevado. Em termos da área de residência dos sujeitos, 78,1% habitam em áreas predominantemente urbanas, 11,9% em áreas predominantemente rurais e 10% em áreas medianamente urbanas. Já no que diz respeito à etapa do ciclo vital, 33,7% são famílias lançadoras, 22,9% são famílias na reforma e apenas 4,7% são casais sem filhos.

Tal como sucedeu numa versão mais recente da escala, em que os autores optaram por retirar a dimensão “antes do ano passado”, também se optou por retirar esta dimensão do presente estudo.

Uma vez que três dos itens que compõem a escala (itens 10, 11 e 55) apresentavam mais de 10% de não-respostas, tiveram de ser eliminados. Através de uma replicação dos procedimentos estatísticos utilizados por Olson e colaboradores (1985), e usando o SPSS 15.0 FOR WINDOWS, constatou-se que os resultados obtidos são muito semelhantes aos verificados pelo autor, com *alphas* a variarem entre 0.31 e 0.65. No entanto, uma vez que as subescalas têm valores de consistência interna muito baixos ($alpha \leq 0.7$), irá apenas proceder-se à análise da escala total, sendo o *alpha* desta escala de 0.78 (Anexo IX).

2.5 - Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família (F-COPES)

O *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale* (F-COPES) foi desenvolvido, em 1981, por McCubbin, Olson e Larsen. Foi desenvolvido com o intuito de poder identificar estratégias atitudinais e comportamentais e de resolução de problemas utilizados pelas famílias em situações difíceis ou

problemáticas. Na construção da escala os autores tiveram em atenção as dimensões de *coping* descritas pelo Modelo ABC-X e integraram em estratégias de *coping* os recursos familiares, a percepção e significado do acontecimento da teoria do *stress* familiar. As estratégias de *coping* familiar foram agrupadas em duas dimensões: internas e externas. As estratégias internas residem no sistema nuclear da família, enquanto que as estratégias externas se referem a estratégias que a família busca fora do núcleo familiar (Olson, McCubbin e col. 1985).

A escala original começou por ter 30 itens, no entanto, como o item 18 foi retirado, passou a ter 29 itens. Na versão utilizada, nesta investigação, optou-se por manter o item 18, tal como acontece com as versões francesa e espanhola (McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001).

Na sua versão original a escala tem 5 factores, agrupados em duas grandes dimensões: interna e externa. Assim, nas estratégias de *coping* internas encontramos o *Reenquadramento* e a *Aceitação Passiva*. Das estratégias de *coping* externas fazem parte a *Procura de Suporte Social*, a *Procura de Suporte Espiritual* e a *Mobilização da Família para Conseguir e Aceitar Ajuda*. Tais estratégias englobam não só os recursos familiares, mas também os recursos sociais e comunitários. Assim, da versão original, é possível retirar dois indicadores: o resultado total de estratégias de *coping* e os resultados por factores.

A escala de resposta é de tipo Likert, com 5 pontos (1 “discordo muito” e 5 “concordo muito”), sendo que, em termos de cotação, um resultado total elevado corresponde a um número elevado de estratégias de *coping*.

A versão portuguesa do *F-COPES*, foi elaborada por Vaz Serra e colaboradores (1990), com a designação de *Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família* (Anexo VII).

A escala foi adaptada numa amostra de 274 sujeitos, com idades compreendidas entre os 14 e os 84 anos, sendo a média de idades de 50,48 (DP=16,8 e Mo=55). Dos 274 sujeitos, 33,6% são do sexo masculino e 66,4% do sexo feminino. No que diz respeito às habilitações literárias, 35,3% dos sujeitos têm o 4.º ano de escolaridade e apenas 14,4% apresentam habilitações superiores ao 12.º ano. Relativamente ao nível sócio-económico, 55,1% dos sujeitos pertencem ao nível baixo, 40,9% ao nível médio e apenas 4% pertence ao nível sócio-económico elevado. Acresce ainda, que 77,3% dos sujeitos são oriundos de áreas predominantemente urbanas, 12,5% de áreas predominantemente rurais e 10,3% de áreas medianamente urbanas. Já no que diz respeito à etapa do ciclo vital, 32,2% são famílias lançadoras, 22,7% são famílias na reforma e apenas 4,4% são casais sem filhos.

Seguindo os procedimentos estatísticos usados pelos autores da escala original (McCubbin, Olson & Larsen, 1985) e usando o programa SPSS 15.0 FOR WINDOWS, foi feita uma análise factorial, usando o método *Varimax*, tendo sido possível, de acordo com o critério de *Kaiser*, extrair 7 factores e não os 5 propostos pelo autor. Um vez que nos nossos dados não foi possível encontrar a estrutura factorial definida pelo autor, optou-se por seguir a estrutura dimensional encontrada, tendo em conta particularidades da nossa amostra, embora isto não permita que sejam feitas comparações com os

resultados do autor. No entanto, verifica-se que dois dos 7 factores (o 6 e o 7) apresentam uma consistência interna inadmissível ($\alpha \leq 0.6$), pelo que optámos por ficar apenas com 5 factores. Relativamente aos itens que saturavam nos factores 6 e 7, e não saturavam em mais nenhum factor, estes itens foram eliminados, respectivamente no factor 6: itens 3, 11, 13 e no factor 7: itens 15, 19, 28. É no entanto de referir que o item 15 apresentava uma saturação de 0.303 no factor 2, no entanto, isto corresponde a uma covariância entre o item e o factor de 9% (.30), o que se revela um valor insignificante (Almeida & Freire, 2003), pelo que se optou pela eliminação deste item, uma vez que ele também contribuía para uma diminuição da consistência interna do factor. O facto de alguns dos itens terem sido eliminados, e não se enquadrarem nas subescalas definidas pelos autores da escala, poderá prender-se com as características da amostra (*e.g.* idade, escolaridade, nível sócio-económico, habilitações literárias e religião) e, ainda, com questões culturais.

Os restantes 5 factores parecem ajustar-se substancialmente nos que foram encontrados pelo autor, pelo que foi possível definir os 5 factores originais: Factor 1: Apoio Social; Factor 2: Apoio Espiritual; Factor 3: Apoio Formal; Factor 4: Reenquadramento e Factor 5: Aceitação Passiva. É no entanto importante referir que, ao contrário do que foi originalmente definido pelo autor, na nossa amostra o apoio dos vizinhos não se enquadra no apoio social (que passa assim a dizer respeito à família, amigos e profissionais), mas passou a incluir-se na subescala Apoio Formal (donde seria o apoio dos profissionais) e que passa apenas a dizer respeito ao apoio dos vizinhos.

É ainda de salientar que se verificou a existência de duas possibilidades de cotação dos itens, uma descrita na versão original de Olson e colaboradores (1985), e uma outra constante de um artigo mais recente da autoria de McCubbin, Thompson e McCubbin (1985), em que se propunha a inversão de alguns itens para efeitos de cotação. Depois de se ter procedido à aplicação das duas possibilidades de cotação, verificou-se que aquela que se ajusta mais é a referida na versão original, pelo que optámos por não proceder à inversão dos itens propostos, nomeadamente os itens que compõem a subescala Aceitação Passiva (Anexo X).

3 - Caracterização da amostra

A amostra que dá corpo a este estudo é intencional, uma vez que, fazem parte desta, apenas sujeitos com diagnóstico de doença crónica, seleccionados da amostra pertencente ao Projecto de Investigação sobre *Stress e Bem-estar Familiares*.

É constituída por um total de 183 sujeitos pertencentes a um total de 139 famílias. É composta predominantemente por sujeitos do sexo *feminino* (65,8%). Em termos de faixa etária, as idades situam-se entre os 14 e os 84 anos, encontrando-se a maior percentagem no intervalo dos 54-63 anos (27,7%) sendo a média de idade de 53,5 anos e o desvio-padrão de 0,48 anos. Isto talvez se explique pelo facto de que, com o aumento da idade, aumente também a incidência de doenças crónicas (Primeiro Fórum

Nacional do Doente Crónico, 2006). Em relação ao parentesco, verificamos o predomínio do parentesco *mãe* (50,5%), seguindo-se o parentesco *pai* com 30,4%.

Em relação ao estado civil, constata-se que os utentes inquiridos na grande maioria referiram serem *casados* (73,4%). Dos restantes, 11,4% são *solteiros*; *viúvos* e *divorciados* detêm a mesma percentagem de 5,4%; 2,7% vivem em *união de facto* e 1,1% responderam *separado* (cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Características da amostra de sujeitos/famílias com doença crónica por género, idade, parentesco, estado civil (n=183)

		N	%
<i>Género</i>	Masculino	62	33,7
	Feminino	121	65,8
<i>Idade</i>	14-23	12	6,5
	24-33	16	8,7
	34-43	18	9,8
	44-53	30	16,3
	54-63	51	27,7
	64-73	37	20,1
	≥74	19	10,4
<i>Parentesco</i>	Pai	56	30,4
	Mãe	93	50,5
	Filho	2	1,1
	Filha	16	8,7
	Avó	1	0,5
	Marido/companheiro	4	2,2
	Mulher/companheira	9	4,9
<i>Estado civil</i>	Único do agregado familiar	2	1,1
	Solteiro	21	11,4
	Casado	135	73,4
	União de facto	5	2,7
	Divorciado	10	5,4
	Separado	2	1,1
	Viúvo	10	5,4

De acordo com o Quadro 2, inferimos que 40,2% dos doentes crónicos inquiridos não ultrapassaram os quatro anos de escolaridade. Adicionalmente, 12% respondeu não ter completado o 4º ano; 18,5% têm o 9º ano; 6,5% possuem o 12º ano e 8,7% referiram que terminaram o ensino superior. Da análise, observamos uma elevadíssima percentagem de sujeitos/famílias com religião católica (89,7%). Dos restantes, apenas 7,6% responderam não terem religião. O elemento que respondeu ter religião, mas não católica, foi omitido dos cálculos estatísticos, uma vez que não permite relevância estatística. Relativamente à etapa do ciclo vital da família, 25% dos sujeitos/família estão na fase de Família na Reforma, enquanto que a maior percentagem se enquadra na fase de Família Lançadora (36,4%). Os seis elementos na modalidade “Não se aplica” serão omitidos, uma vez que

não apresentam relevância para o estudo.

Dos inquiridos, 59,8% da amostra enquadra-se no nível sócio-económico baixo, 37% num nível médio e apenas 2,7% no nível elevado. É possível verificar-se, também, que a maioria dos sujeitos (75,5%) residem em zona predominantemente urbana, sendo que 14,1% vive em zonas predominantemente rurais (*cf.* Quadro 2).

Quadro 2 – Características da amostra de sujeitos/famílias com doença crónica por habilitações literárias, religião, etapa do ciclo vital, nível sócio-económico e local de residência (n=183)

	<i>N</i>	%	
<i>Habilitações literárias</i>	<4º ano	22	12,0
	4º ano	74	40,2
	6º ano	17	9,2
	9º ano	34	18,5
	12º ano	12	6,5
	Ensino médio	6	3,3
	Ensino superior	16	8,7
<i>Religião</i>	Não	14	7,6
	Sim católica	165	89,7
	Sim não católica	1	0,5
<i>Etapa do Ciclo Vital</i>	Casal sem filhos	5	2,7
	Filhos peq. ou pré-escolar	7	3,8
	Filhos idade escolar	8	4,3
	Filhos adolescentes	19	10,3
	Família lançadora	67	36,4
	Ninho vazio	22	12,0
	Família na reforma	46	25,0
	Não se aplica	6	3,3
<i>Nível sócio-económico</i>	Baixo	110	59,8
	Médio	68	37,0
	Elevado	5	2,7
<i>Local de residência⁷</i>	Predominantemente urbano	139	75,5
	Medianamente urbano	17	9,2
	Predominantemente rural	26	14,1

Estes dados são relativos a uma amostra de que fazem parte todos os sujeitos que responderam a pelo menos um questionário. No entanto, e uma vez que nem todos os sujeitos responderam a todos questionários, verificam-se, ao longo das análises com os diferentes instrumentos, algumas flutuações relativamente ao número de sujeitos.

⁷ As zonas de residência, foram definidas de acordo com os critérios descritos em *Tipologia das Áreas Urbanas*, do Instituto Nacional de Estatística e Direcção Geral de Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano, de Junho de 1998.

4 - Procedimento estatístico

Após a recolha dos dados, procedeu-se à respectiva apresentação e análise.

Para além da estatística descritiva, recorreu-se também à estatística inferencial. Relativamente à estatística descritiva, utilizaram-se frequências absolutas e relativas, assim como as medidas descritivas básicas: médias e desvios-padrão. Na estatística inferencial para averiguar se as variáveis sócio-demográficas (sexo, parentesco, estado civil, habilitações literárias, religião, etapa do ciclo vital e nível sócio-económico), percepção do impacto da doença crónica na família e percepção do índice de gravidade da doença crónica, influenciavam ou não o resultado dos três questionários, efectuou-se uma análise da variância (One-Way ANOVA) para o *Qualidade de Vida* (total), para a dimensão “Saúde” do mesmo instrumento, para o *FILE* e ainda, para o resultado do *F-COPES* (total), bem como, para cada uma das suas subescalas.

Foram assim utilizados testes paramétricos, nomeadamente, a One-Way ANOVA, com comparações posteriores pelo teste de Tukey, sempre que as suas condições de aplicação eram satisfeitas (D’Hainaut, 1997; Pestana & Gageiro, 2003; Maroco, 2007). Quando estas condições não eram satisfeitas, recorreu-se aos testes não-paramétricos de U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Neste último caso, quando necessário, foram efectuadas comparações múltiplas através do teste de Fisher-LSD (*Least Significant Difference*).

Para se testar a normalidade⁸ das distribuições utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, com a correção de Lilliefors, ou o teste de Shapiro-Wilk, sempre que a dimensão era inferior a 30 (Anexo XI), sendo a homogeneidade das variâncias verificada pelo teste de Levene (Anexo XII). Aceitaram-se como significativos os valores da estatística do teste que tivessem associada uma probabilidade de significância de $p \leq 0.05$.

A análise estatística dos dados foi efectuada com recurso ao programa informático *Statistical Package for Sciences* (SPSS versão 15.0).

Para efeitos de análise dos resultados, e na sequência dos efectivos reduzidos de algumas respostas dadas, considerámos necessário reagrupar certas dimensões.

IV – Resultados

Os resultados anunciados nesta rubrica referem-se às análises estatísticas dos dados recolhidos, organizados no sentido de testar o modelo

⁸ Segundo Pestana e Gageiro (2000, p.194) “a normalidade não é restritiva da One-Way ANOVA quando o número de elementos em cada grupo é relativamente elevado”, daí que nas situações de amostras com $n \geq 30$ e desde que a homocedasticidade não fosse violada, optámos por continuar a utilizar esta técnica. Há ainda que referir que a análise da variância é robusta a violações da homocedasticidade quando o número de observações em cada grupo é igual ou aproximadamente igual. Podem considerar-se que os tamanhos das amostras são semelhantes quando o quociente entre o maior e a menor dimensão é inferior a 1.5.

conceptual apresentado.

1 - Qualidade de Vida

Os resultados da ANOVA permitem-nos averiguar a inexistência de efeitos significativos das variáveis sexo e nível sócio-económico no *Qualidade de Vida* (total), dada a presença de probabilidades de significância superiores a 0,05 (*cf.* Quadro 2).

Por seu turno, o teste de Kruskal-Wallis mostra-nos que o estado civil regista diferenças estatisticamente significativas (*cf.* Quadro 2.1). Através do teste de comparações múltiplas de Fisher-LSD, constatamos que as diferenças situam-se entre as modalidades “casado” e “outras situações” (DF= 21,96; p=0,013) (Anexo XIII).

Quadro 2 – Efeito das variáveis na *Qualidade de Vida* (total) do sujeito/família: média e desvio-padrão, ANOVA e Teste de Tuckey

Qualidade de vida Total		N	M	DP	ANOVA		g. l.	Diferenças (Tukey)
					F	P		
Sexo	Masculino	41	126,10	19,18	0,391	0,533	(1, 104)	
	Feminino	65	123,75	18,58				
	Total.....	106	124,66	18,74				
Nível sócio-económico	Baixo	69	122,55	19,66	2,541	0,114	(1, 104)	
	Médio/elevado	37	128,59	16,44				
	Total.....	106	124,66	18,74				

Quadro 2.1 – Efeito das variáveis na *Qualidade de Vida* (total) do sujeito/família: média, desvio-padrão e Teste de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney

Qualidade de vida Total		N	M	DP	OM	X ² ou U (p)
Parentesco	Pai	39	126,77	19,23	56,77	1,140* (0,566)
	Mãe	56	123,34	17,19	50,49	
	Outras condições	11	123,91	25,08	57,23	
	Total.....	106	124,66	18,74		
Estado civil	Solteiro	5	126,60	13,24	60,30	6,412* (0,041)
	Casado	87	126,48	18,59	56,21	
	Outras situações	14	112,64	17,82	34,25	
	Total.....	106	124,66	18,74		
Habilitações literárias	≤ 4º ano	63	125,51	20,59	53,12	0,280* (0,869)
	6º-12º anos	30	124,40	16,06	50,23	
	Ensino médio/superior	11	125,00	13,58	55,14	
Total.....		104	125,13	18,60		

N = Efectivo

M= Média

OM = Ordem Média

<i>Religião</i>	Não	6	113,50	21,35	42,50	U=234,00** (0,403)
	Sim católica	98	125,44	18,63	53,11	
	<i>Total.....</i>	<i>104</i>	<i>124,75</i>	<i>18,89</i>		
<i>Etapa do Ciclo Vital</i>	De "Casal s/ filhos a Família c/ filhos adolescentes"	19	125,00	19,70	54,32	5,175* (0,075)
	Família lançadora	41	120,90	19,58	43,99	
	"Ninho vazio" + Família na reforma	43	128,56	17,43	58,62	
<i>Total.....</i>	<i>103</i>	<i>124,85</i>	<i>18,87</i>			
<i>Percepção do impacto da doença crónica na família</i>	Muito fraco	15	129,87	21,74	58,47	1,987* (0,738)
	2	18	124,83	20,12	52,42	
	3	41	125,51	16,74	54,62	
	4	18	118,44	22,78	44,61	
	Muito forte	13	124,69	13,56	54,00	
<i>Total.....</i>	<i>105</i>	<i>124,70</i>	<i>18,83</i>			
<i>Percepção do índice de gravidade da doença crónica</i>	Ligeira	33	126,36	20,02	49,67	4,369* (0,113)
	Moderada	38	127,11	18,85	53,78	
	Severa	25	119,08	17,57	38,94	
	<i>Total.....</i>	<i>96</i>	<i>124,76</i>	<i>19,05</i>		

* Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

** Teste não-paramétrico U de Mann-Whitney

1.1 - Dimensão "Saúde" do Qualidade de Vida

Os resultados obtidos através da ANOVA, com comparações posteriores pelo teste de Tukey, revelam a existência de diferenças significativas na variável *percepção do índice de gravidade da doença crónica*, entre as modalidades ligeira e severa [$F(4,178)=0,017$, $p=0,020$; $DF=0,87$, $p=0,020$].

Também, nos resultados no teste U de Mann Whitney verificamos que apesar de existirem diferenças estatisticamente significativas entre as modalidades baixo e médio/elevado do nível sócio-económico na subescala "Saúde" do *Qualidade de Vida*, o limiar de significância aproxima-se de valores não significativos ($U=2878,00$, $p=0,054$) (cf. Quadro 3 e 3.1). Ou seja, a percepção que os sujeitos têm do índice de gravidade da doença crónica, bem como o seu nível sócio-económico, têm efeito no grau de satisfação não só com a sua própria saúde, mas igualmente, com a saúde dos outros membros da família.

Quadro 3 – Efeito das variáveis na dimensão "Saúde" do Qualidade de Vida: média e desvio-padrão, ANOVA e Teste de Tuckey

Qualidade de vida Saúde		N	M	DP	ANOVA		g. l.	Diferenças (Tukey)
					F	P		
Sexo	Masculino	59	5,71	1,69	0,856	0,356	(1, 168)	
	Feminino	111	5,47	1,60				
	<i>Total.....</i>	<i>170</i>	<i>5,55</i>	<i>1,63</i>				

<i>Etapa do Ciclo Vital</i>	De "Casal s/ filhos a Família c/ filhos adolescentes"	33	6,12	1,87			
	Família lançadora	63	5,37	1,63	2,387	0,095	(2,160)
	"Ninho vazio" + Família na reforma	67	5,52	1,52			
	<i>Total.....</i>	<i>163</i>	<i>5,58</i>	<i>1,65</i>			
	<hr/>						
<i>Percepção do índice de gravidade da doença crónica</i>	Ligeira	56	6,05	1,60			
	Moderada	59	5,41	1,67	4,178	0,017	(2, 165)
	Severa	45	5,18	1,53			
	<i>Total.....</i>	<i>160</i>	<i>5,57</i>	<i>1,64</i>			
	<hr/>						
							Ligeira ≠ severa (p= 0,020)

Quadro 3.1 – Efeito das variáveis na dimensão “Saúde” do Qualidade de Vida: média, desvio-padrão e Teste de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney

Qualidade de vida Saúde		N	M	DP	OM	X ² ou U (p)
<i>Parentesco</i>	Pai	54	5,65	1,71	88,59	
	Mãe	92	5,35	1,62	79,24	4,804*
	Outras condições	24	6,13	1,39	102,52	(0,091)
	<i>Total.....</i>	<i>170</i>	<i>5,55</i>	<i>1,63</i>		
<hr/>						
<i>Estado civil</i>	Solteiro	12	6,25	1,36	107,08	
	Casado	132	5,58	1,71	86,73	5,479*
	Outras situações	26	5,12	1,18	69,29	(0,065)
	<i>Total.....</i>	<i>170</i>	<i>5,55</i>	<i>1,63</i>		
<hr/>						
<i>Habilitações literárias</i>	≤ 4º ano	94	5,46	1,70	82,55	
	6º-12º anos	53	5,81	1,62	89,42	0,855*
	Ensino médio/superior	21	5,48	1,36	80,81	(0,652)
	<i>Total.....</i>	<i>168</i>	<i>5,57</i>	<i>1,63</i>		
<hr/>						
<i>Religião</i>	Não	12	5,50	1,38	81,13	
	Sim católica	154	5,58	1,65	83,69	U=895,50**
	<i>Total.....</i>	<i>166</i>	<i>5,57</i>	<i>1,63</i>		(0,855)
<hr/>						
<i>Nível sócio-económico</i>	Baixo	102	5,34	1,72	79,72	
	Médio/elevado	68	5,87	1,44	94,18	U=2878,00**
	<i>Total.....</i>	<i>170</i>	<i>5,55</i>	<i>1,63</i>		(0,054)
<hr/>						
<i>Percepção do impacto da doença crónica na família</i>	Muito fraco	26	6,12	1,40	101,31	
	2	33	5,79	1,49	90,73	5,460*
	3	57	5,28	1,81	78,02	(0,243)
	4	32	5,31	1,71	77,84	
	Muito forte	21	5,52	1,36	85,67	
	<i>Total.....</i>	<i>169</i>	<i>5,54</i>	<i>1,63</i>		

* Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

** Teste não-paramétrico U de Mann-Whitney

2 - Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida (FILE)

Atendendo ao conteúdo observado nos Quadros 4 e 4.1, observamos que a percepção do impacto da doença crónica na família, a percepção do índice de gravidade da doença crónica, bem como as variáveis sócio-demográficas em estudo, à excepção da etapa do ciclo vital, não apresentam relações significativas com determinados acontecimentos de vida e mudanças experimentadas pela família, dada a existência de probabilidades de significância superiores a 0,05. Contudo, a etapa do ciclo vital aponta uma diferença muito significativa no FILE ($X^2=10,269$; $p=0,006$) (cf. Quadro 4.1). Os valores encontrados através do teste de comparações múltiplas de Fisher-LSD indicam-nos diferenças muito significativas entre as modalidades “de Casal sem filhos a Família com filhos adolescentes” e “Ninho vazio + Família na reforma” ($DF=18,42$; $p=0,019$), assim como, entre as modalidades “Família lançadora” e “Ninho vazio + Família na reforma” ($DF= 18,77$; $p=0,002$) (Anexo XIII).

Quadro 4 – Efeito das variáveis no FILE: média e desvio-padrão, ANOVA e Teste de Tuckey

FILE Total		N	M	DP	ANOVA F	P	g. l.	Diferenças (Tukey)
Sexo	Masculino	35	7,54	6,18	1,644	0,203	(1, 90)	
	Feminino	57	9,35	6,79				
	Total.....	92	8,67	6,59				
Nível sócio-económico	Baixo	60	8,55	6,68	0,050	0,823	(1, 90)	
	Médio/elevado	32	8,88	6,52				
	Total.....	92	8,66	6,59				

Quadro 4.1 – Efeito das variáveis no FILE: média, desvio-padrão e Teste de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney

FILE Total		N	M	DP	OM	X ² ou U (p)
Parentesco	Pai	34	7,53	6,27	40,59	3,145* (0,208)
	Mãe	45	9,31	7,27	48,66	
	Outras condições	13	9,38	4,63	54,50	
	Total.....	92	8,66	6,59		
Estado civil	Solteiro	7	10,71	4,35	60,93	2,299* (0,317)
	Casado	73	8,45	6,90	44,99	
	Outras situações	12	8,75	5,82	47,25	
	Total.....	92	8,66	6,59		
Habilitações literárias	≤ 4º ano	52	8,73	7,29	43,96	0,642* (0,725)
	6º-12º anos	25	8,44	6,14	46,20	
	Ensino médio/superior	13	9,08	5,22	50,31	
	Total.....	90	8,70	6,66		

<i>Religião</i>	Não	7	10,29	6,47	54,86	U=232,00** (0,354)
	Sim católica	84	8,51	6,66	45,26	
	<i>Total.....</i>	91	8,65	6,62		
<i>Etapa do Ciclo Vital</i>	De "Casal s/ filhos a Família c/ filhos adolescentes"	16	9,63	5,46	51,34	10,269*
	Família lançadora	37	10,70	7,58	51,68	(0,006)
	"Ninho vazio" + Família na reforma	35	6,46	5,53	33,79	
	<i>Total.....</i>	88	8,82	6,69		
<i>Percepção do impacto da doença crónica na família</i>	Muito fraco	12	7,25	4,31	41,29	5,250* (0,263)
	2	21	7,57	4,67	43,17	
	3	33	7,91	6,84	41,30	
	4	14	11,00	9,37	52,46	
	Muito forte	10	12,10	6,51	59,55	
<i>Total.....</i>	90	8,69	6,64			
<i>Percepção do índice de gravidade da doença crónica</i>	Ligeira	30	7,27	4,58	37,78	4,821* (0,090)
	Moderada	31	8,00	6,65	39,27	
	Severa	22	11,05	7,68	51,59	
	<i>Total.....</i>	83	8,54	6,41		

* Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

** Teste não-paramétrico U de Mann-Whitney

3 - Escalas de Avaliação Pessoal Orientadas para a Crise em Família (F-COPES)

Face aos resultados obtidos (*cf.* Quadro 5) concluímos que não existem diferenças significativas na intensidade de *coping* em função do sexo, parentesco, estado civil, religião, etapa do ciclo vital, nível sócio-económico e da percepção do impacto da doença crónica do sujeito na família. No entanto, os resultados observados no teste de Kruskal-Wallis, permitem-nos observar a existência de diferenças estatisticamente significativas no modo como os sujeitos percebem o índice de gravidade da doença crónica ($X^2=7,477$; $p=0,024$), avaliando assim, os seus recursos e estratégias em resposta a esta realidade. As comparações múltiplas efectuadas através do teste Fisher-LSD, levam-nos a constatar diferenças altamente significativas entre as modalidades “ligeira” e “severa” ($DF=23,79$; $p=0,006$) (Anexo XIII). No que diz respeito às habilitações literárias, estas não possuem efeito significativo ($X^2=0,961$; $p=0,618$) (*cf.* Quadro 5.1).

Quadro 5 – Efeito das variáveis no F-COPES (total): média e desvio-padrão, ANOVA e Teste de Tuckey

F-COPES		N	M	DP	ANOVA		g. l.	Diferenças (Tukey)
Total					F	P		
Sexo	Masculino	43	100,00	16,60	0,329	0,568	(1, 125)	
	Feminino	84	98,26	15,95				
	Total.....	127	98,85	16,13				
Parentesco	Pai	37	100,54	13,99	1,314	0,273	(2, 124)	
	Mãe	65	99,66	16,52				
	Outras condições	25	94,24	17,77				
	Total.....	127	98,85	16,13				
Estado civil	Solteiro	14	91,86	15,33	1,745	0,179	(2, 124)	
	Casado	95	100,18	15,72				
	Outras situações	18	97,28	18,14				
	Total.....	127	98,85	16,13				
Religião	Não	10	96,50	14,07	0,204	0,653	(1, 123)	
	Sim católica	115	98,92	16,44				
	Total.....	125	98,73	16,23				
Etapa do Ciclo Vital	De "Casal s/ filhos a Família c/ filhos adolescentes"	25	96,12	16,48	0,550	0,579	(2, 118)	
	Família lançadora	49	100,33	17,22				
	"Ninho vazio" + Família na reforma	47	98,60	15,46				
	Total.....	121	98,79	16,34				
Nível sócio-económico	Baixo	77	97,90	16,91	0,683	0,410	(1, 125)	
	Médio/elevado	50	100,32	14,89				
	Total.....	127	98,85	16,13				
Percepção do impacto da doença crónica na família	Muito fraco	19	92,37	16,62	1,842	0,125	(4, 120)	
	2	18	94,22	18,53				
	3	51	100,43	14,43				
	4	25	103,48	15,05				
	Muito forte	12	100,67	19,19				
Total.....	125	98,94	16,21					

Quadro 5.1– Efeito das variáveis no F-COPES (total): média, desvio-padrão e Teste de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney

F-COPES		N	M	DP	OM	X ² (p)
Total						
Habilitações literárias	≤ 4º ano	72	99,71	17,12	64,97	0,961* (0,618)
	6º-12º anos	38	98,55	14,20	64,21	
	Ensino médio/superior	16	94,44	15,76	55,19	
Total.....		126	98,69	16,09		

<i>Percepção do índice de gravidade da doença crónica</i>	Ligeira	40	93,70	18,13	49,45	7,477* (0,024)
	Moderada	43	98,00	12,56	57,36	
	Severa	33	104,42	16,65	70,95	
	<i>Total.....</i>	116	98,34	16,26		

3.1 - Dimensão “Aquisição de Apoio Social”, do F-COPES

De acordo com os valores observados no Quadro 6, as diferenças entre as médias da dimensão *Aquisição de Apoio Social*, no que diz respeito ao sexo, parentesco, etapa do ciclo vital e ao nível sócio-económico, não apresentam significado estatístico.

Porém, os resultados obtidos no teste de Kruskal-Wallis, revelam-nos efeitos significativos, não só na forma como o sujeito/família percebe o impacto da doença crónica na família ($X^2=11,695$; $p=0,020$) mas também, uma diferença muito significativa na forma como o sujeito/família percebe o índice de gravidade da doença crónica, influenciando assim, a procura da *Aquisição de Apoio Social* como estratégia de *coping* ($X^2=8,690$; $p=0,013$). Os resultados das comparações múltiplas apurados através do teste de Fisher-LSD, evidenciam diferenças muito significativas entre as modalidades: “muito fraco” e “3” ($DF=-35,13$; $p=0,003$); “muito fraco” e “4” ($DF=-38,74$; $p=0,003$), assim como, entre a modalidade “fraco” e “muito forte” ($DF=39,44$; $p=0,008$) da variável percepção do índice de gravidade da doença crónica (*cf.* Quadro 6.1). Ainda nos foi possível constatar através do teste de Fisher-LSD diferenças significativas entre as modalidades “ligeira” e “moderada” ($DF=-18,40$; $p=0,051$) assim como, uma diferença altamente significativa entre a modalidade “ligeira” e “severa” ($DF=-29,27$; $p=0,004$) (Anexo XIII).

Quadro 6 – Efeito das variáveis na dimensão “Aquisição de Apoio Social” do F-COPES: média e desvio-padrão, ANOVA e Teste de Tukey

F-COPES “Aquisição de Apoio Social”		N	M	DP	ANOVA F P		g. l.	Diferenças (Tukey)
Sexo	Masculino	61	26,54	6,48	0,287	0,593	(1, 175)	
	Feminino	116	26,01	6,19				
	<i>Total.....</i>	177	26,19	6,28				
Parentesco	Pai	55	26,69	6,16	0,252	0,778	(2, 174)	
	Mãe	90	25,99	6,40				
	Outras condições	32	25,91	6,28				
	<i>Total.....</i>	177	26,19	6,28				
Etapa do Ciclo Vital	De "Casal s/ filhos a Família c/ filhos adolescentes"	38	27,13	5,99	0,775	0,463	(2, 166)	
	Família lançadora	65	26,20	5,91				
	"Ninho vazio" + Família na reforma	66	25,58	6,45				
	<i>Total.....</i>	169	26,17	6,14				

<i>Nível sócio-económico</i>	Baixo	106	25,75	6,47			
	Médio/elevado	71	26,85	5,95	1,286	0,258	(1, 175)
	<i>Total.....</i>	<i>177</i>	<i>26,19</i>	<i>6,28</i>			

Quadro 6.1– Efeito das VI'S na subescala do F-COPES “Aquisição de Apoio Social”:
média, desvio-padrão e Teste de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney

F-COPES “Aquisição de Apoio Social”		N	M	DP	OM	X ² ou U (p)
<i>Estado civil</i>	Solteiro	19	24,68	5,10	93,05	
	Casado	131	26,46	6,32	87,89	0,565*
	Outras situações	27	25,96	6,84	85,17	(0,754)
	<i>Total.....</i>	<i>177</i>	<i>26,19</i>	<i>6,28</i>		
<i>Habilitações literárias</i>	≤ 4º ano	91	25,46	6,93	83,35	
	6º-12º anos	62	26,76	5,05	91,68	1,777*
	Ensino médio/superior	22	27,09	6,52	96,89	(0,411)
	<i>Total.....</i>	<i>175</i>	<i>26,13</i>	<i>6,28</i>		
<i>Religião</i>	Não	14	26,29	5,89	85,39	U=1090,50**
	Sim católica	159	26,26	6,36	87,14	(0,900)
	<i>Total.....</i>	<i>173</i>	<i>26,27</i>	<i>6,31</i>		
<i>Percepção do impacto da doença crónica na família</i>	Muito fraco	26	22,50	6,41	59,17	
	2	32	25,59	6,22	81,84	
	3	60	26,97	6,13	93,53	11,695*
	4	35	27,57	5,27	97,19	(0,020)
	Muito forte	21	27,43	7,11	97,83	
	<i>Total.....</i>	<i>174</i>	<i>26,22</i>	<i>6,32</i>		
<i>Percepção do índice de gravidade da doença crónica</i>	Ligeira	57	24,04	7,20	68,56	
	Moderada	61	26,72	5,82	85,67	8,690*
	Severa	46	27,98	5,43	95,57	(0,013)
	<i>Total.....</i>	<i>164</i>	<i>26,14</i>	<i>6,40</i>		

* Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

** Teste não-paramétrico U de Mann-Whitney

3.2 - Dimensão “Reenquadramento”, do F-COPES

Os resultados colhidos da análise dos dados (*cf.* Quadros 7 e 7.1) apontam as variáveis independentes (percepção do impacto da doença crónica na família, percepção do índice de gravidade da doença crónica e as variáveis sócio-demográficas) em estudo, como não reveladoras de efeitos significativos na estratégia de *coping Reenquadramento*, dada a presença de probabilidades de significância superiores a 0,05.

Quadro 7 – Efeito das variáveis na dimensão “Reenquadramento do F-COPES”: média e desvio-padrão, ANOVA e Teste de Tuckey

F-COPES “Reenquadramento”		N	M	DP	ANOVA F P		g. l.	Diferenças (Tukey)
Sexo	Masculino	60	14,87	2,74	0,026	0,871	(1, 174)	
	Feminino	116	14,79	2,91				
	<i>Total.....</i>	176	14,82	2,85				
Parentesco	Pai	54	15,09	2,67	1,618	0,201	(2, 173)	
	Mãe	91	14,93	3,00				
	Outras condições	31	14,00	2,63				
	<i>Total.....</i>	176	14,82	2,85				
Etapa do Ciclo Vital	De "Casal s/ filhos a Família c/ filhos adolescentes"	37	14,46	2,61	0,792	0,454	(2, 166)	
	Família lançadora	66	15,14	2,69				
	"Ninho vazio" + Família na reforma	66	14,65	3,21				
	<i>Total.....</i>	169	14,80	2,89				
Nível sócio- económico	Baixo	105	14,71	2,99	0,345	0,557	(1, 174)	
	Médio/elevado	71	14,97	2,63				
	<i>Total.....</i>	176	14,82	2,85				
Percepção do índice de gravidade da doença crónica	Ligeira	56	14,43	3,16	0,463	0,630	(2, 160)	
	Moderada	61	14,90	2,86				
	Severa	46	14,87	2,60				
	<i>Total.....</i>	163	14,73	2,89				

Quadro 7.1 – Efeito das variáveis na dimensão “Reenquadramento” do F-COPES: média, desvio-padrão e Teste de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney

F-COPES “Reenquadramento”		N	M	DP	OM	X ² ou U (p)
Estado civil	Solteiro	19	14,79	3,10	89,26	1,377* (0,502)
	Casado	131	14,93	2,82	90,51	
	Outras situações	26	14,27	2,82	77,83	
	<i>Total.....</i>	176	14,82	2,85		
Habilitações literárias	≤ 4º ano	93	14,90	2,94	88,52	0,139* (0,933)
	6º-12º anos	59	14,78	2,98	87,12	
	Ensino médio/superior	22	14,73	2,16	84,20	
	<i>Total.....</i>	174	14,84	2,85		
Religião	Não	14	14,14	2,98	76,93	U=972,00** (0,448)
	Sim católica	158	14,97	2,73	87,35	
	<i>Total.....</i>	172	14,91	2,75		

Percepção do impacto da doença crónica na família	Muito fraco	25	15,40	2,93	98,52	
	2	33	14,00	3,07	73,12	
	3	60	14,98	2,63	89,23	4,106*
	4	35	14,83	2,66	86,59	(0,392)
	Muito forte	20	14,75	3,43	89,53	
Total.....		173	14,80	2,87		

* Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

** Teste não-paramétrico U de Mann-Whitney

3.3 - Dimensão “Apoio Espiritual”, do F-COPES

O Quadro 8 documenta que as variáveis sexo, parentesco, nível sócio-económico e percepção do índice de gravidade da doença crónica, não apresentam efeito significativo na estratégia de *coping Apoio Espiritual*. No entanto, verificam-se diferenças estatisticamente muito significativas na etapa do ciclo vital [$F(2,147) = 5,280$; $p=0,006$], nomeadamente, entre as modalidades de “Casal sem Filhos a Família com Filhos Adolescentes” e “Família Lançadora” ($DF=-2,39$; $p=0,016$). Registamos ainda, uma diferença significativa entre as fases de “Casal sem Filhos a Família com Filhos Adolescentes” e “Ninho Vazio+Família na Reforma” ($DF= -2,65$; $p=0,007$).

Por sua vez, os resultados obtidos no teste de Kruskal-Wallis revelam-nos diferenças altamente significativas do estado civil ($X^2=9,146$; $p=0,010$) e das habilitações literárias ($X^2=6,885$; $p=0,032$), na procura de *Apoio Espiritual* como estratégia de resolução de problemas ou situações problemáticas. Dos valores obtidos no teste de Fisher-LSD, destacam-se diferenças muito significativas entre as modalidades “solteiro” e “casado” ($DF=-31,81$; $p=0,005$) assim como, entre as modalidades “ $\leq 4^o$ ano” e do “ 6^o ao 12^o anos” ($DF=19,04$; $p=0,015$) na estratégia de *coping Apoio Espiritual* (Anexo XIII). Os resultados obtidos no U de Mann-Whitney permitem-nos verificar que a religião ($U=258,50$; $p<0,001$), detém uma relevância altamente significativa na dimensão *Apoio Espiritual* (cf. Quadro 8.1), como seria de esperar.

Quadro 8 – Efeito das variáveis na dimensão “Apoio Espiritual do F-COPES: média e desvio-padrão, ANOVA e Teste de Tukey

F-COPES “Apoio Espiritual”		N	M	DP	ANOVA		Diferenças (Tukey)
					F	P	g. l.
Sexo	Masculino	52	13,12	4,22	0,683	0,410	(1,155)
	Feminino	105	12,54	4,01			
	Total.....	157	12,73	4,08			
Parentesco	Pai	46	12,96	3,94	0,572	0,566	(1,154)
	Mãe	80	12,88	3,85			
	Outras condições	31	12,03	4,86			
	Total.....	157	12,73	4,08			

<i>Etapa do Ciclo Vital</i>	De "Casal s/ filhos a Família c/ filhos fdolescentes"	31	10,74	3,96				De "C. s/ F. a F. c/ F. A." ¹⁰ ≠ F. L. ¹¹ (p=0,016)
	Família lançadora	60	13,13	3,83	5,280	0,006	(2, 147)	
	"Ninho vazio" + Família na reforma	59	13,39	3,86				De "C. s/ F. a F. c/ F. A." ≠ "N. V." + F. na R. ¹² (p=0,007)
	<i>Total.....</i>	<i>150</i>	<i>12,74</i>	<i>3,98</i>				
<i>Nível sócio-económico</i>	Baixo	96	12,98	4,15				
	Médio/elevado	61	12,34	3,96	0,903	0,344	(1, 155)	
	<i>Total.....</i>	<i>157</i>	<i>12,73</i>	<i>4,08</i>				
<i>Percepção do índice de gravidade da doença crónica</i>	Ligeira	47	12,60	3,73				
	Moderada	58	12,57	4,17	0,390	0,678	(2, 141)	
	Severa	39	13,26	4,35				
	<i>Total.....</i>	<i>144</i>	<i>12,76</i>	<i>4,07</i>				

Quadro 8.1 – Efeito das variáveis na dimensão “Apoio Espiritual” do F-COPES: média, desvio-padrão e Teste de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney

F-COPES “Apoio Espiritual”		N	M	DP	OM	X ² ou U (p)
<i>Estado civil</i>	Solteiro	18	10,22	4,01	53,36	9,146* (0,010)
	Casado	115	13,33	3,81	85,17	
	Outras situações	24	11,75	4,62	68,67	
	<i>Total.....</i>	<i>157</i>	<i>12,73</i>	<i>4,08</i>		
<i>Habilitações literárias</i>	≤ 4º ano	84	13,52	3,89	86,67	6,885* (0,032)
	6º-12º anos	54	11,74	3,85	67,84	
	Ensino médio/superior	17	11,53	4,84	67,44	
	<i>Total.....</i>	<i>155</i>	<i>12,68</i>	<i>4,06</i>		
<i>Religião</i>	Não	13	7,85	3,08	26,88	U=258,50** (0,000)
	Sim católica	141	13,23	3,83	82,17	
	<i>Total.....</i>	<i>154</i>	<i>12,77</i>	<i>4,05</i>		
<i>Percepção do impacto da doença crónica na família</i>	Muito fraco	23	11,35	3,49	60,85	5,107* (0,276)
	2	24	13,79	4,06	87,56	
	3	61	13,16	3,75	81,07	
	4	30	12,77	4,54	77,92	
	Muito forte	16	12,19	4,40	71,94	
	<i>Total.....</i>	<i>154</i>	<i>12,81</i>	<i>4,01</i>		

* Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

** Teste não-paramétrico U de Mann-Whitney

¹⁰ De "Casal sem Filhos a Família com Filhos Adolescentes".

¹¹ Família Lançadora.

¹² "Ninho Vazio" + Família na Reforma.

3.4 - Dimensão “Mobilização de Apoio Formal” do F-COPES

Dos resultados obtidos (cf. Quadro 9) concluímos que o sexo, o nível sócio-económico e a percepção do índice de gravidade da doença crónica, não influenciam o sujeito/família ao recurso dos vizinhos, como forma de resolução de situações controversas ($p > 0.05$).

Da análise dos dados obtidos no teste de Kruskal-Wallis e no U de Mann-Whitney, verificamos a inexistência de diferenças significativas, à excepção da percepção do impacto da doença crónica na família ($X^2=13,277$; $p=0,010$), que aponta uma diferença muito significativa na estratégia de *coping Mobilização de Apoio Formal* (cf. Quadro 9.1). Todavia, as comparações múltiplas registadas através do teste de Fisher-LSD, reproduzem diferenças significativas entre as modalidades “muito fraco” e “2” (DF=-29,35; $p=0,022$); “muito fraco” e “3” (DF=-23,86; $p=0,039$); “muito fraco” e “4” (DF=-44,58; $p < 0,001$); “muito fraco” e “muito forte” (DF=-38,21; $p=0,009$) e ainda, entre a modalidade “3” e “4” (DF=-20,72; $p=0,044$) da variável percepção do impacto da doença crónica na família (Anexo XIII).

Quadro 9 – Efeito das variáveis na dimensão “Mobilização de Apoio Formal” do F-COPES: média e desvio-padrão, ANOVA e Teste de Tuckey

F-COPES “Mobilização de Apoio Formal”		N	M	DP	ANOVA F P		g. l.	Diferenças (Tukey)
Sexo	Masculino	58	10,60	4,03	1,213	0,272	(1, 165)	
	Feminino	109	9,90	3,89				
	Total.....	167	10,14	3,94				
Nível sócio- -económico	Baixo	99	10,07	4,12	0,083	0,774	(1, 165)	
	Médio/elevado	68	10,25	3,69				
	Total.....	167	10,14	3,94				
Percepção do índice de gravidade da doença crónica	Ligeira	56	9,73	4,43	2,295	0,104	(2, 153)	
	Moderada	55	9,45	3,65				
	Severa	45	11,04	3,42				
	Total.....	156	10,01	3,92				

Quadro 9.1 – Efeito das variáveis na dimensão “Mobilização de Apoio Formal” do F-COPES: média, desvio-padrão e Teste de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney

F-COPES “Mobilização de Apoio Formal”		N	M	DP	OM	X ² ou U (p)
Parentesco	Pai	52	10,67	3,92	91,07	3,010* (0,222)
	Mãe	86	10,17	3,99	83,88	
	Outras condições	29	9,10	3,73	71,69	
	Total.....	167	10,14	3,94		
Estado civil	Solteiro	19	9,37	4,00	74,68	1,533* (0,465)
	Casado	127	10,36	3,86	86,57	
	Outras situações	21	9,52	4,40	76,86	
	Total.....	167	10,14	3,94		

	≤ 4º ano	91	10,11	4,27	82,43	
<i>Habilitações literárias</i>	6º-12º anos	54	9,98	3,36	83,42	0,259*
	Ensino médio/superior	21	10,43	3,87	88,33	(0,879)
	<i>Total.....</i>	<i>166</i>	<i>10,11</i>	<i>3,92</i>		
<i>Etapa do Ciclo Vital</i>	De "Casal s/ filhos a Família c/ filhos adolescentes"	35	9,83	3,2128	76,79	1,217*
	Família lançadora	65	10,54	3,93	85,36	(0,544)
	"Ninho vazio" + Família na reforma	60	10,02	4,22	77,40	
	<i>Total.....</i>	<i>160</i>	<i>10,19</i>	<i>3,89</i>		
<i>Religião</i>	Não	11	10,73	3,13	91,41	U=732,50**
	sim católica	152	10,01	3,95	81,32	(0,492)
	<i>Total.....</i>	<i>163</i>	<i>10,06</i>	<i>3,89</i>		
<i>Percepção do impacto da doença crónica na família</i>	Muito fraco	24	7,92	3,28	56,10	
	2	32	10,31	4,28	84,83	
	3	56	9,82	3,94	79,54	13,277*
	4	34	11,50	3,51	99,99	(0,010)
	Muito forte	19	11,11	4,01	93,68	
	<i>Total.....</i>	<i>165</i>	<i>10,13</i>	<i>3,96</i>		

* Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

** Teste não-paramétrico U de Mann-Whitney

3.5 - Dimensão "Avaliação Passiva" do F-COPES

Se nos detivermos nas variáveis sexo, parentesco e nível sócio-económico, registamos a inexistência de diferenças significativas ($p > 0.05$). No entanto, a forma como o sujeito percebe a gravidade da doença crónica, exerce influência na escolha da *Avaliação Passiva*. Esta diferença significativa circunscreve-se à modalidade "moderada" e "severa" [$F(3,663)$, $p=0,028$; $DF= -1,33$; $p=0,048$].

Também, os dados obtidos no teste de Kruskal-Wallis evidenciam diferenças significativas do estado civil ($X^2=6,544$; $p=0,038$) e altamente significativas das habilitações literárias ($X^2=7,980$ (0,018) na opção da *Avaliação Passiva* (cf. Quadro 10.1). As comparações múltiplas através do teste de Fisher-LSD, geram diferenças altamente significativas entre as modalidades "solteiro" e "casado" ($DF=-28,41$; $p=0,021$) e "solteiro" e "outras situações" ($DF=36,72$; $p=0,015$) assim como, entre a modalidade "≤4º ano" e "ensino médio/superior" ($DF=31,07$; $p=0,009$) (Anexo XIII).

Quadro 10 – Efeito das variáveis na dimensão "Avaliação Passiva" do F-COPES: média e desvio-padrão, ANOVA e Teste de Tukey

F-COPES "Avaliação Passiva"	N	M	DP	ANOVA		g. l.	Diferenças (Tukey)
				F	P		
Sexo	Masculino	59	14,24	3,04			
	Feminino	116	13,94	3,01	0,380	0,538	(1, 173)
	<i>Total.....</i>	<i>175</i>	<i>14,04</i>	<i>3,01</i>			

<i>Parentesco</i>	Pai	53	14,42	2,69	2,523	0,083	(2, 172)
	Mãe	91	14,19	3,02			
	Outras condições	31	12,97	3,36			
	<i>Total.....</i>	175	14,04	3,01			
<i>Etapa do Ciclo Vital</i>	De "Casal s/ filhos a Família c/ filhos adolescentes"	39	13,08	3,15	2,407	0,093	(2, 164)
	Família lançadora	64	14,38	3,14			
	"Ninho vazio" + Família na reforma	64	14,17	2,83			
	<i>Total.....</i>	167	13,99	3,05			
<i>Nível sócio-económico</i>	Baixo	106	14,20	2,81	0,739	0,391	(1, 173)
	Médio/elevado	69	13,80	3,31			
	<i>Total.....</i>	175	14,04	3,01			
<i>Percepção do índice de gravidade da doença crónica</i>	Ligeira	57	13,12	2,88	3,663	0,028	(2, 159)
	Moderada	59	14,46	2,84			
	Severa	46	14,48	3,39			
	<i>Total.....</i>	162	13,99	3,07			

ligeira
≠
severa
(p=0,048)

Quadro 10.1 – Efeito das VI'S na subescala do F-COPES "Avaliação Passiva": média, desvio-padrão e Teste de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney

F-COPES "Avaliação Passiva"		N	M	DP	OM	X ² ou U (p)
<i>Estado civil</i>	Solteiro	19	12,42	2,99	61,39	6,544* (0,038)
	Casado	129	14,16	2,92	89,80	
	Outras situações	27	14,59	3,20	98,11	
	<i>Total.....</i>	175	14,04	3,01		
<i>Habilitações literárias</i>	≤ 4º ano	92	14,58	2,86	95,98	7,980* (0,018)
	6º-12º anos	59	13,71	3,06	81,08	
	Ensino médio/superior	22	12,64	3,22	65,32	
	<i>Total.....</i>	173	14,03	3,03		
<i>Religião</i>	Não	14	13,43	3,27	78,25	U=990,50** (0,516)
	sim católica	158	14,06	3,00	87,23	
	<i>Total.....</i>	172	14,01	3,02		
<i>Percepção do impacto da doença crónica na família</i>	Muito fraco	25	13,32	3,36	46,50	0,272* (0,992)
	2	35	13,03	2,73	47,71	
	3	60	14,55	2,63	44,70	
	4	31	15,16	2,82	46,10	
	Muito forte	21	13,71	3,80	48,45	
	<i>Total.....</i>	172	14,07	3,02		

* Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

** Teste não-paramétrico U de Mann-Whitney

V – Discussão

O presente estudo foi estruturado no sentido de nos permitir conhecer a influência das percepções do impacto da doença crónica na família e das percepções do índice de gravidade da doença crónica na vulnerabilidade ao *stress* familiar, os diferentes estilos de ajustamento que são adoptados pelos doentes crónicos (*coping*) e ainda, na sua satisfação com a qualidade de vida (total) e em relação à “Saúde”. Estudou-se também, o efeito das variáveis sócio-demográficas (sexo, parentesco, estado civil, habilitações literárias, religião, etapa do ciclo vital da família e nível sócio-económico) nas estratégias familiares de *coping*, na vulnerabilidade ao *stress* familiar e na percepção e satisfação com a qualidade de vida familiar (total e no domínio “Saúde”).

O esquema seguinte mostra-nos quais os as variáveis (independentes) que exercem influência em cada uma das variáveis dependentes em análise.

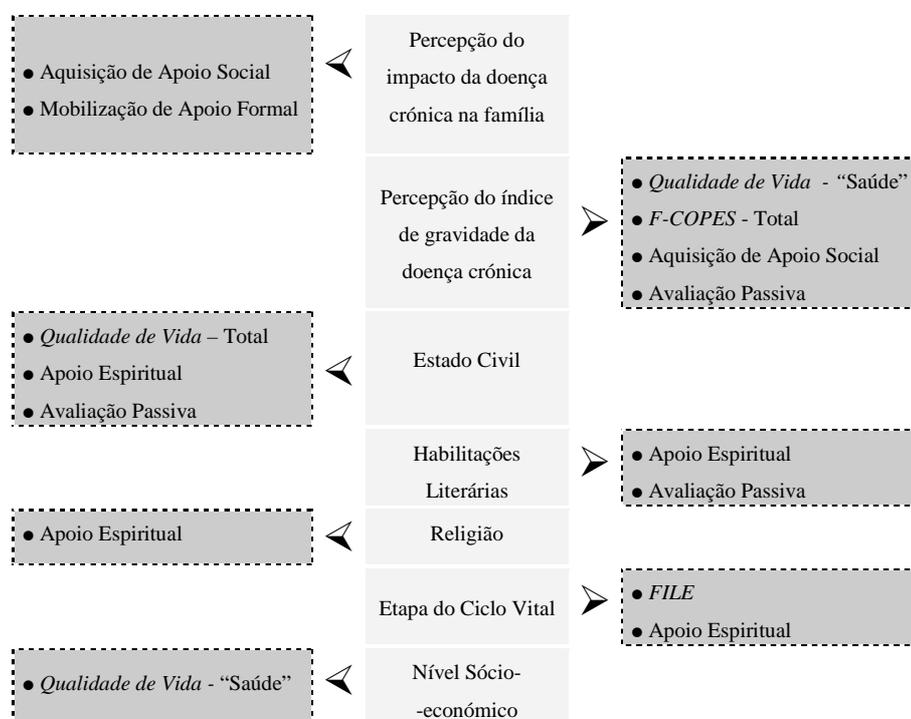


FIGURA 2
Resultado da influência das variáveis independentes

Da análise dos resultados obtidos do estudo de campo, refuta-se a hipótese de que a percepção do impacto da doença crónica na família influencia na vulnerabilidade ao *stress* e na percepção e satisfação com a qualidade de vida (total) e “saúde”. Verificámos, apenas, influência desta variável nas estratégias de *coping* Aquisição de Apoio Social e Mobilização de Apoio Formal.

Relativamente à percepção do índice de gravidade da doença crónica, infirma-se o seu impacto na vulnerabilidade ao *stress* e percepção e satisfação com a qualidade de vida (total). Todavia, corrobora-se a sua influência muito significativa na forma de “intensidade” (ligeira ou severa) como o sujeito concebe a percepção e satisfação com a sua saúde e com a saúde dos restantes membros da família.

Constatámos, também, efeitos muito significativos no modo como o sujeito/família responde e se adapta à realidade de situações difíceis ou problemáticas e ainda, muito significativa na escolha da *Aquisição de Apoio Social* como forma de lidar com essas mesmas situações. A percepção do índice de gravidade da doença crónica revela, ainda, influências significativas na forma de “intensidade” (ligeira ou severa) no recurso à *Avaliação Passiva*.

No que concerne às variáveis *sócio-demográficas* extraímos efeitos significativos do estado civil (solteiro≠outras situações) na forma como o sujeito percebe a satisfação com a sua qualidade de vida em geral; altamente significativos na procura de *Apoio Espiritual* (solteiro≠casado) e significativo na *Avaliação Passiva* (solteiro≠casado e solteiro≠outras situações) como estratégias de *coping* adoptadas.

Relativamente às habilitações literárias, corrobora-se a sua influência significativa nas estratégias de *coping Apoio Espiritual* ($\leq 4^{\circ}$ ano≠ 6° - 12° anos) e um forte efeito na *Avaliação Passiva* ($\leq 4^{\circ}$ ano≠ensino médio/superior).

Tal como esperávamos, a religião exerce uma influência altamente significativa na opção de *Apoio Espiritual* como forma de enfrentamento de situações difíceis.

No que respeita à etapa do ciclo vital, os resultados produzidos conduzem-nos à observação de efeitos altamente significativos desta variável, sobre o *stress* familiar percebido (de "Casal sem Filhos a Família com Filhos Adolescentes"≠"Ninho Vazio" + Família na Reforma e Família Lançadora≠"Ninho Vazio" + Família na Reforma) e sobre a estratégia de *coping Apoio Espiritual* (de "Casal sem Filhos a Família com Filhos Adolescentes"≠Família Lançadora e de "Casal sem Filhos a Família com Filhos Adolescentes"≠"Ninho Vazio" + Família na Reforma).

Por fim, verificámos efeitos significativos do nível sócio-económico, sobre a percepção e satisfação que o sujeito apreende da sua saúde e da saúde dos outros membros da família.

Tendo em conta os dados obtidos, concluímos que *o impacto da doença crónica na família* não exerce influência significativa na vulnerabilidade ao *stress* e na percepção e satisfação com a qualidade de vida familiar.

Suscitando surpresa face à literatura por nós consultada, no sentido de que o acometimento da doença crónica, exerce um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes e dos que os rodeiam, na nossa amostra essa realidade não se verificou. Uma possível leitura para este resultado poderá prender-se com a ideia de as inúmeras doenças crónicas não criarem um

impacto tão grande (como o pensado), na vida das pessoas e na sua família, conseguindo estas gerir a situação com relativa simplicidade (Brannon *et al.*, 1997). Além disso, podemos considerar que esse mesmo impacto, da doença na família, depende de vários parâmetros, entre os quais: o início da doença, o curso, resultado, grau de incapacitação que afecta o paciente e de certas características próprias de cada doença. Neste sentido, torna-se difícil ou pelo menos sedenta de cautela a generalização da ideia “doença crónica – impacto acentuado no funcionamento da família – stress intenso”. Isto, porque falamos de uma dimensão complexa, multidimensional e que só será compreendida num contexto (humano e social) holístico.

No que concerne à *percepção do índice de gravidade da doença crónica*, corrobora-se a sua influência significativa na qualidade de vida em geral e em algumas estratégias de *coping* no enfrentamento de situações difíceis ou problemáticas. No entanto, refuta-se o seu efeito significativo na vulnerabilidade ao *stress* e na percepção e satisfação com a qualidade em vida familiar em geral.

Levantamos, com isto, algumas interpretações possíveis: a gravidade da doença é determinada em função de um conjunto de factores, ponderados de acordo com o grupo social, a idade, o sexo e outros. De novo nos fica a necessidade de enquadrar nas idiossincrasias, individuais e sistémicas, que se afiguram. Além disso, a doença crónica difere no seu impacto, não tanto em termos da gravidade da própria doença, mas principalmente, no modo como interfere com a vida do doente. Como já foi anteriormente referida, esta percepção de interferência reflecte, por si mesma, uma forte componente subjectiva e avaliativa.

Relativamente às variáveis sócio-demográficas, o nosso estudo revelou a influência significativa da etapa do ciclo vital no *stress* familiar percebido e na estratégia de *coping Apoio Espiritual*. De alguma forma, estes resultados assemelham-se aos encontrados no estudo de Olson, McCubbin e colaboradores (1983), onde o *Apoio Espiritual* era, também, o recurso mais usado na fase Família na reforma. Estes autores justificam, com a maior probabilidade de doença e perdas nas últimas etapas, uma maior confiança em crenças religiosas para lidar com acontecimentos de vida *stressantes*, que também é verificada nos nossos resultados.

A narrativa para o facto do *Apoio Espiritual* e a *Avaliação Passiva* serem as estratégias mais utilizadas pelos sujeitos do nosso estudo poderá prender-se com a particularidade de ser uma amostra com a média de idade de 53,5 anos e enquadrando-se a maioria dos nossos sujeitos na fase de Família Lançadora e Família na reforma, a vivência de uma doença crónica poderá ser encarada como «normal», sendo que se encontram numa fase da vida mais desafiada por múltiplas doenças crónicas e menos luta pela autonomia e independência (Rolland, 1994, *in* Sousa; Mendes & Relvas, 2007). *Ao prolongar-se no tempo, a doença crónica estimula nos seus portadores mecanismos de adaptação fortemente influenciados por factores individuais, familiares e sociais*” (Machado, 2003, pp. 244).

No que concerne à influência muito significativa da variável religião na procura de *Apoio Espiritual* e tendo em conta a forte orientação religiosa desta amostra, estes resultados fazem sentido. Segundo Barros (2000) a

religião é uma das dimensões mais importantes da vida humana, na medida em que, *Ela influencia o sentido da vida e da morte, o modo como se encara o mundo e os homens, as alegrias e o sofrimento, o modo como se vive a vida familiar (...)* (p.5).

No que diz respeito ao efeito registado do nível sócio-económico sobre a percepção e satisfação que o sujeito tem com a sua saúde e com a saúde dos outros membros da família, poderá ir ao encontro do que foi referido no Primeiro Fórum Nacional do Doente Crónico (2006) de que existem diferenças na severidade destas doenças, em função do nível sócio-económico. No sentido de que os mais desfavorecidos tendem, não só, a ter maior probabilidade de serem doentes crónicos, mas ainda, “doentes mais doentes”.

1 - Limitações

Uma limitação que ficou patente ao longo deste trabalho prende-se com o facto da amostra não ser muito diversificada, concretamente na idade dos sujeitos, fases do ciclo vital familiar e nível sócio-económico. O facto de se tratar de uma amostra muito pequena e com algumas características bastante particulares não nos permite generalizar tais resultados e conclusões a outras populações criando-se, assim, uma outra limitação.

Outra limitação está ligada à própria natureza dos fenómenos estudados: complexidade dos seres humanos, estímulo que dá origem a diferentes respostas de acordo com os sujeitos e com o grande número de variáveis cujo controlo é difícil ou mesmo impossível.

2 - Perspectivas de pesquisa

A nível de pesquisas futuras, parece-nos pertinente desenvolver investigações sobre doença crónica e género. Dado que um “novo mapa da vida adulta” se consolida com maior e diferenciada longevidade entre homens e mulheres, seria importante perceber o envelhecimento e a qualidade de vida na mulher, bem como, o seu impacto na etapa do ciclo vital.

Apontamos, ainda, para a possibilidade de se realizarem outros estudos, sugerindo-se a análise de alguns parâmetros da doença, como por exemplo, o início, curso, grau de interferência no funcionamento quotidiano do paciente/família. Deste modo, contribuir-se-ia para um maior enriquecimento deste estudo e, simultaneamente, trabalhar-se-ia com vista à sensibilização da população para o tema.

VI – Conclusões

A possibilidade de termos entre nós portadores de doenças crónicas cresce em progressão vertiginosa. Isso poderá ser resultado, quer do aumento da esperança de vida da população e da conseqüente maior frequência de doenças crónicas na chamada “terceira idade”, quer pela introdução de melhorias no tratamento em função de avanços nas pesquisas, reflectindo um

forte factor de preocupação para as ciências da saúde.

Várias ideias se afiguram como importantes no sentido de fazer perdurar o propósito deste estudo e a importância do seu alargamento futuro.

Concluimos, portanto, que a doença crónica tem como característica o facto de não ser temporária, uma vez que passa a fazer parte, seja por tempo prolongado ou por tempo indeterminado da vida da pessoa.

O nosso estudo mostra que na presença de doença crónica, as percepções do impacto da doença crónica no sujeito/família e as percepções do índice de gravidade da doença crónica que o sujeito possui, não revelam efeitos significativos na vulnerabilidade ao *stress* familiar e satisfação com a sua qualidade de vida familiar em geral. Contudo, o grau de satisfação que o doente crónico tem com a sua saúde e com a saúde dos outros elementos da família, é influenciado pela percepção do índice de gravidade desta doença. Todos os membros vivenciam o processo de adoecer com os recursos que lhes são disponíveis. Daqui, diferentes significados surgem de acordo com a história pessoal de cada membro (Radley, 1995).

Os resultados aferidos reforçam a noção de que as experiências subjectivas de qualidade de vida do sujeito/família não podem ser inferidas exclusivamente a partir da morbilidade física. São, precisamente como o nome indica, “experiências subjectivas” e, por isso, a relevância de variáveis sócio-demográficas, como o estado civil, mostrou-se um factor importante na variação da satisfação com a qualidade de vida familiar em geral.

Destacando as variáveis em análise, constatámos a *Avaliação Passiva* como a segunda estratégia de *coping* mais procurada pelas famílias do nosso estudo, parecendo denotar uma atitude mais pessimista relativamente à capacidade de resolução dos problemas surgidos. Ainda no contexto das variáveis, aferimos que todas elas revelaram efeitos significativos, à excepção do sexo, parentesco e da estratégia de *coping Reenquadramento*. A presença de situações problemáticas na família, não ocasionou um impacto significativo no recurso ao *Reenquadramento*, como uma estratégia de enfrentamento familiar muito útil. Isto poderá estar associado, também, à personalidade do indivíduo (Monat & Lazarus, 1985) e ao significado que atribui à situação (Serra, 1999) podendo influenciar as escolhas em termos de estratégias de *coping* e à interpretação que é feita da sua disponibilidade e utilidade.

Daí que, a resposta à doença crónica não possa ser compreendida sem o recurso à sua história. Conceber as origens, o passado, o percurso e existência da doença é, também, ajudar a prever e a explicar o estilo de enfrentamento e adaptação da família.

Cada família possui a sua forma de comunicar/metacomunicar, as suas regras, as suas crenças, bem como a forma de manter o seu equilíbrio. Há, além disso, todo um sistema inconsciente de operações exercidas pelas famílias, na impossibilidade de enfrentar a dor mental, no sentido de se evadirem do sofrimento. Os doentes crónicos não resumem a sua condição à dimensão biológica mas mais, no modo como interfere na sua vida, com o seu quotidiano (Reis, 1998). O modo como a família vivencia o acontecimento *stressante* depende do próprio acontecimento e do sentido dado a esse evento. Depende da sua capacidade para acolhê-lo, decifrá-lo e

metabolizá-lo. Encerra, assim, uma carga intrinsecamente subjectiva.

Como profissionais envolvidos com a assistência à saúde, é de fundamental importância a consideração de que a doença, seja ela aguda ou crónica, é uma experiência bastante complexa e individualizada.

Neste sentido, apela-se a uma cada vez maior reflexão sobre o tema. Criando elos de comunicação entre todos os vértices envolvidos, construindo movimentos mais fluidos de interacção entre entidades de ajuda, instituições de saúde, personagens dessas mesmas instituições, a família e todos os elementos que enriquecem esse palco e... claro, o doente, o sujeito, a pessoa., a família. Falar de doença crónica não pode ser apenas reforçar imagens mentais e estereótipos, mas sim alicerçar mais bases de análises holísticas. Lançar as rédeas para a família, espaço de emoções e transformações; criar possibilidades de respostas que lhe sejam acessíveis e não longínquas e burocráticas; fomentar proximidades valorizando tudo o que é a perspectiva sistémica. Falar de doença crónica não pode ser um discurso dissociado do contexto, da pessoa, dos sistemas, das subjectividades, das complexidades. Assim sendo, a consideração e respeito pela particularidade de cada sujeito e de cada família é um primeiro passo para validar qualquer estudo, ainda que este recaia sobre algo socializado, generalizado, mais que comentado. Como a doença. É importante não esquecer o que é ser-se doente, em família, com a família, na transformação da doença.

Bibliografia

- Barros, J. (2000). *Psicologia da religião*. Coimbra: Almedina.
- Blanchard, E. B. (1982). *Behavioral medicine: past, present, and future*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 95-796.
- Brannon, L. *et al.* (1997). "Living with Chronic Illness". *Health Psychology*, pp.265-300.
- Calil, V. L. L. (1987). O modelo sistémico. In V. L. L. Calil. *Terapia familiar e de casal: introdução às abordagens sistémica e psicanalítica*. São Paulo: Summus.
- 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 da Saúde (WHOQOL-100) para Portugueses de Portugal*. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 16-21.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Enelow, A. J. *et al.* (1999). *Entrevista Clínica e Cuidados ao Paciente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Despacho Conjunto n.º 861/99, Diário da República n.º 235, II Série de 8 de Outubro, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

- Devins, G. M. *et al.* (1993). Differences in Illness Intrusiveness Across Rheumatoid Arthritis, End-Stage Renal Disease, and Multiple Sclerosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 181 (6), pp. 377-381.
- Duarte, S. (2002). *Saberes de Saúde e de Doença: Porque Vão as Pessoas ao Médico?* Coimbra: Quarteto Editora.
- Fleck, M. P. A. (2006). O projecto WHOQOL: Desenvolvimento e aplicações. *Psiquiatria Clínica*, (1), pp.5-13.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gameiro, M. H. (1999). *O Sofrimento na Doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Góngora, J. N. (1998). El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en la familia. In J. A. Ríos (Coord.). *La familia: realidad y mito* (71-98). Madrid: Ed. Centro de Estudios Ramón Areces, S. A.
- Góngora, J. N. (2002). Familia y enfermedad: Problemas e técnicas de intervención. *Psychologica*, 31, 63-83.
- Herz, F. (1980). The impact of death and serious illness on the family life cycle: a framework for family therapy. In Giordano J. (eds). *Ethnicity and family therapy*. New York: Guilford 223-240.
- Howell, D. C. (1997). *Statistical methods for psychology*. Wodsworth: Duxburg Press.
- Hill, R. (1958). Social stresses on the family. Generic features of families under stress. *Social Casework*, 49, 139-150.
- I. N. E. (1998). Estatísticas Demográficas. Classificação Nacional das Profissões, versão de 1994.
- I.N.E. Direcção Geral de Ordenamento do Território e desenvolvimento Urbano (1998). Tipologias das áreas urbanas.
- Judge, S. L. (1998). Parental coping strategies and strengths in families of young children with disabilities. *Family Relations*, vol. 47, nº. 3, 263-269.
- Lazarus, R. S. & Lazarus, B. N. (2006). *Coping with aging*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lubkin, I. M. (1990). *Chronic illness: impact and interventions*. Boston: Jones and Bartlett.
- Machado, H. (2003). *Ciência e Humanismo. Novo paradigma da relação médico doente*. Coimbra: Almedina.
- Marques, A. R.; Santos, G.; Firmino, H.; Santos, Z.; Vale, L.; Abrantes, P.; Barata, P.; Moniz, M.; Amaral, A. P.; Galvão, J.; Clemente, V.; Pissarra, A.; Albuquerque, E.; Gomes, A. A. & Morais, I. (1991). *Reacções Emocionais À Doença Grave*:

- como lidar....* Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*, 3ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (1), 919-928.
- McCubbin, H. I., Joy, C. B., Cauble, A. E.; Comeau, J. K., Patterson, J. M. & Needle, R. H. (1980). Family stress and coping: A decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 855-871.
- McCubbin, H. I. & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. In H. I. McCubbin, M. B. Sussman & J. M. Patterson (Eds.), *Social stress and the family: Advances and developments in family stress theory and research*. New York: Haworth.
- McCubbin, H. I., Thompson, A. I. & McCubbin, M. A. (2001). *Family Measures: stress, coping and resiliency. Inventories for research and practice*. Hawaii: Kamehameha Schools.
- McDaniel, S.; Hepworth, J. & Doherty, W. J. (1992). *Medical family therapy*. New York: Basic Books.
- McDaniel, S. H.; Hepworth, J. & Doherty, W. D. (1994). *Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mendes, M. L. S. (2004). *Mudanças familiares ao ritmo da doença: as implicações da doença crónica ao nível da família e do centro de saúde*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias, funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Monat, A. & Lazarus, R. (1985). *Stress and coping, an anthology* (2. ed). New York: Columbia University Press.
- Navarro, G. J. (2002). Familia y enfermedad: Problemas y técnicas de intervención. *Psicologica*, 31, 63-83.
- Olson, D. & DeFrain, J. (2003). *Mariages and Families, intimacy, diversity and strengths* (4 ed). New York: McGraw-Hill.
- Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H. L., Larsen, A. S., Muxen, M. J. & Wilson, M. A. (1989). *Families: What makes them work*. Beverly Hills: Sage.
- Olson, D.; McCubbin, H.; Barnes, H.; Larsen, A.; Muxen, M. & Wilson, M. (1985). *Family Inventories, Inventories Used in a National Survey of Families across the Family Life Cycle*. (2ª ed.) St.Paul, University of Minnesota.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, A. (2003). *SPSS: guia prático de utilização*. (4ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. 2.ª edição.

- Lisboa: Sílabo.
- Phipps, W. *et al.* (1995). *Enfermagem Médico Cirurgia: Conceitos e prática clínica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Plunkett, S. W.; Henry, C. S. & Knaub, P. K. (1999). Family stressor events, family coping, and adolescent adaptation in farm and ranch families. *Adolescence*, vol. 34, nº. 133, 147-169.
- Pires, C. M. L.; Costa, P. J.; Brites, S. & Ferreira, S. (2003). *Psicologia, Sociedade & Bem-estar*. Leiria: Editorial Diferença.
- Portal do Governo (2006). *Primeiro Fórum Nacional do Doente Crónico*. Lisboa.
- Radley, A. (1995). *Worlds of illness: Biographical and cultural perspectives on health and disease*. New York: Routledge.
- Reis, J. C. (1998). *O Sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Vega Editores.
- Reiss, D. & Oliveri, M. E. (1980). Family paradigm and family coping: A proposal for linking the family's intrinsic adaptive capacities to its responses to stress. *Family Relations*, 37, 431-444.
- Ribeiro, J. L. P. (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 253-273). Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Revista Análise Psicológica*, 2-3 (XII), pp. 179-191.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Rolland, J. S. (1995). Doença crónica e o ciclo de vida familiar. In Carter, B.; McGoldrick, M. & cols. *As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rolland, D. J. (1994). *Families, Illness, and Disability. An Integrative Treatment Model*. New York: Basic Books.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Rowland, J. H. (1990). *Intrapersonal resources: Coping*. New York: Oxford University Press.
- Santos, C. T. & Sebastiani, R. W. (2001). *Acompanhamento Psicológico à pessoa portadora de doença crónica*. São Paulo: Pioneira.
- Schiller, P. (2000). *A vertigem da imortalidade*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Serra, A. V. (1999) *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Edição do autor.
- Shuman, R. (1996). *The Psychology of Chronic Illness - the Healing Work of Patients, Therapists and Families* (pp. 227). New York: Basic Books.

- Silva, D. M. G. V; Souza, S. S.; Francioni, F. F. & Meirelles, B. H. S. (2005). Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(1) 7-14.
- Sliwiany, R. M. (1997). *Sociometria: como avaliar a qualidade de vida*. Petrópolis: Vozes.
- Smith, J. C. (1993). *Understanding stress and coping*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Sousa, L.; Mendes, A. & Relvas, A. P. (2007). *Enfrentar a Velhice e a Doença Crónica. Apoio das Unidades de Saúde a Doentes Crónicos Idosos e suas Famílias*. Coimbra: Climepsi Editores.
- Steinglass, P., & Horan, M. E. (1988). Families and chronic medical illness. In F. Walsh, & C. Anderson (Eds.). *Chronic disorders and the family* (127-142). New York: The Haworth Press.
- Struss, A. L. & Glaser, B.G. (1975). *Chronic illness and the quality of life*. Saint Louis: Mosby.
- Walsh, F. *et al.* (1988). *Chronic Disorders and the Family*. London: The Haworth Press.

ANEXOS

Anexo I - Carta de Apresentação do Projecto de Investigação



A Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (Mestrados em Psicologia Clínica [Sistémica] e Avaliação Psicológica) está a levar a cabo um Projecto de Investigação sobre o stress e bem estar familiares que procura contribuir para uma intervenção mais ajustada por parte dos técnicos que, nos diferentes serviços, lidam com as famílias.

Para tal, solicitamos a sua colaboração e a da sua família, através do preenchimento de alguns questionários. Os dados para este estudo serão recolhidos exclusivamente consigo e com a sua família. O anonimato está garantido já que os resultados não serão analisados individualmente mas em termos gerais, conjuntamente com as respostas dos outros participantes.

Agradecemos a sua ajuda, sem a qual este estudo não seria possível.

(Professora Doutora Ana Paula Relvas)

Anexo II – Guia de Aplicação do Protocolo**GUIA DE APLICAÇÃO DO PROTOCOLO**

- Apresentação como elemento da equipa de investigação.

Boa tarde / dia sou a/o _____ e faço parte uma equipa de investigadores que está a levar a cabo um projecto de investigação sobre o stress e bem-estar familiares.

- Retomar os objectivos gerais da investigação, à semelhança do que estava na carta.

Como lhe deverão ter dito, este projecto procura contribuir para uma intervenção mais ajustada por parte dos técnicos que nos diversos serviços lidam com as famílias.

- Fazer um breve agradecimento por colaborarem na investigação. Desde já agradeço a sua preciosa contribuição para este projecto.

- Abordar a confidencialidade e anonimato das respostas.

Antes de começar, gostaria de reforçar que os dados recolhidos são para a investigação e neste sentido será respeitada a confidencialidade e o anonimato.

- Introdução do questionário de dados biográficos e ficha de dados complementares.

Vamos então dar início com o preenchimento de uma ficha com alguns dados (caso surjam dúvidas e for necessário o seu esclarecimento informar os colegas qual foi a dúvida, como procedeu e que exemplos utilizou).

- Introdução dos questionários.

Pedimos-lhe agora que responda a três questionários. Só quando terminar de responder é que lhe será entregue o questionário seguinte. Não existem respostas certas ou erradas contudo é importante que leia com atenção as instruções de cada um dos questionários apresentados. Pedimos-lhe que responda a todos os itens, escolhendo a opção que mais se aproxima do seu caso.

Ordem de entrega:

- 1º -
- 2º -
- 3º -

Na eventualidade de surgirem de dúvidas no decorrer da aplicação dos questionários o procedimento a adoptar será o de apenas reler os itens em voz alta.

Tendo em conta o caso particular da população idosa (e não só) antecipar que esta poderá ter alguma dificuldade em fazer o preenchimento dos questionários sem abordar outros temas. Nestas circunstâncias pediremos para que naquele momento se concentre no preenchimento do questionário comprometendo-nos a conversar com ela no final da aplicação.

No caso de na amostra seleccionada surgirem indivíduos iletrados estes não serão excluídos e a aplicação será efectuada. No entanto nos questionários de auto-resposta as instruções e os itens serão lidos em voz alta ao indivíduo pelo investigador que irá assinalar também a resposta. De referir que na leitura o investigador deverá tentar manter o mesmo tom de voz e ritmo com o objectivo de minimizar o grau de interferência na resposta do indivíduo.

▪ Agradecimento final.

Agradecemos mais uma vez a sua disponibilidade em colaborar connosco. A sua contribuição é fundamental e essencial para este projecto.

Se surgir o pedido de informação para ter um conhecimento posterior das conclusões da investigação, garantir que essa informação chegará então posteriormente até si. Consoante as especificidades de cada local de recolha de dados assim poderão ser propostas diferentes formas de devolver a informação solicitada. Por exemplo, essa informação poderá ser acedida no local onde tomou conhecimento da investigação (onde foi recrutado).

Está também a ser pensada uma apresentação da investigação para todos aqueles que de alguma forma participaram e colaboraram nela.

Anexo III - Questionário Sócio-demográfico

QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO

Código: _____

____/____/____
(dia) (mês) (ano)

Dados pessoais:

Nacionalidade: portuguesa outra: _____

Local de residência (indique apenas a terra/local): _____

Agregado familiar:

<p>1. _____ (parentesco) (próprio)</p> <p>Idade: ____</p> <p>Estado civil: _____</p> <p>* data: _____</p> <p>Hab. Literárias/escolaridade: _____</p> <p>Profissão principal: _____</p>	<p>2. _____ (parentesco)</p> <p>Idade: ____</p> <p>Estado civil: _____</p> <p>* data: _____</p> <p>Hab. Literárias/escolaridade: _____</p> <p>Profissão principal: _____</p>	<p>3. _____ (parentesco)</p> <p>Idade: ____</p> <p>Estado civil: _____</p> <p>* data: _____</p> <p>Hab. Literárias/escolaridade: _____</p> <p>Profissão principal: _____</p>
<p>4. _____ (parentesco)</p> <p>Idade: ____</p> <p>Estado civil: _____</p> <p>* data: _____</p> <p>Hab. Literárias/escolaridade: _____</p> <p>Profissão principal: _____</p>	<p>5. _____ (parentesco)</p> <p>Idade: ____</p> <p>Estado civil: _____</p> <p>* data: _____</p> <p>Hab. Literárias/escolaridade: _____</p> <p>Profissão principal: _____</p>	<p>6. _____ (parentesco)</p> <p>Idade: ____</p> <p>Estado civil: _____</p> <p>* data: _____</p> <p>Hab. Literárias/escolaridade: _____</p> <p>Profissão principal: _____</p>

Filhos que eventualmente tenham saído do agregado familiar:

1. _____ (parentesco)	2. _____ (parentesco)	3. _____ (parentesco)
Idade: ____	Idade: ____	Idade: ____
Estado civil: _____	Estado civil: _____	Estado civil: _____
* data: _____	* data: _____	* data: _____
Hab. Literárias/escolaridade: _____	Hab. Literárias/escolaridade: _____	Hab. Literárias/escolaridade: _____
Profissão principal: _____	Profissão principal: _____	Profissão principal: _____

Religião/Grupo religioso: não sim: _____

Nº de filhos: 1 2 3 4 5 6 7 8 ou +

Relativamente ao elemento do agregado familiar considerado a principal fonte de suporte da família, indique:

Situação na profissão:

patrão

desempregado

trabalhador por conta própria, sem assalariados

reformado

trabalhador por conta de outrem

pensionista por invalidez

***Etapa do ciclo vital:

***Nível sócio-económico:

*** Campos a preencher pelo terapeuta, no final da entrevista.

Anexo IV - Ficha de Dados Complementares

FICHA DE DADOS COMPLEMENTARES

1.1. Alguém, na família, sofre de alguma doença crónica (p.ex. diabetes, asma, hipertensão, Sida, consumos, psicose)?

Sim Não

Quem? _____

Doença (s): _____

Em caso afirmativo, como classifica o impacto da doença na família?

Muito fraco					Muito forte
1	2	3	4	5	

Percepção do índice de gravidade da doença: Ligeira Moderada Severa

Justifique _____

1.2. Existe na família outro tipo de problema (p.ex. obesidade, nervos, depressão)?

Sim Não

Qual? _____

Em caso afirmativo, como classifica o impacto do problema na família?

Muito fraco					Muito forte
1	2	3	4	5	

Percepção do nível de gravidade do problema: Ligeira Moderada Severa

Justifique _____

1.3. Na doença ou noutras situações difíceis (p.ex. emocionais, excesso de responsabilidades) com que apoio é que a família mais pode contar? Numere por ordem decrescente:

- Da Família Chegada
- Da Família Alargada
- Da Comunidade (vizinhos, amigos...)
- De Instituições (apoio social, médico)

2. Como é que avalia o stress da família?

Muito pouco					Muitíssimo
1	2	3	4	5	

3. Como é que avalia a qualidade de vida da família?

Muito boa				Muito má
1	2	3	4	5

4. Como é que acha que a sua família se adapta, em geral, às dificuldades?

Muito bem					Muito Mal
1	2	3	4	5	

Questões Específicas:

Centros de Saúde

5. Quantas vezes, por ano, recorre ao seu Centro de Saúde (em média)?

0-2 2-4 4-6 +6

Assinale por ordem decrescente os 5 motivos mais frequentes pelos quais a sua família costuma recorrer ao Centro de Saúde:

Saúde Materna	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Saúde Infantil	<input type="checkbox"/>	Tensão Arterial Alta	<input type="checkbox"/>
CAJ	<input type="checkbox"/>	Consulta de Psicologia	<input type="checkbox"/>
Consulta do Adulto	<input type="checkbox"/>	Consulta anti-tabágica	<input type="checkbox"/>
Consulta do Idoso	<input type="checkbox"/>	Vacinação	<input type="checkbox"/>
Planeamento Familiar	<input type="checkbox"/>	Pedir receitas	<input type="checkbox"/>
Rastreio (p.ex. pedir exames)	<input type="checkbox"/>	Urgências	<input type="checkbox"/>
Rotina/ Check-up	<input type="checkbox"/>	Outros: _____	

CEIFAC/ NUSIAF

6. Como teve conhecimento desta instituição?

7. Qual a situação/problema que o fez recorrer a estas consultas de Terapia Familiar?

Hospital Pediátrico

8. Qual a situação/problema que o fez recorrer a estas consultas neste serviço do Hospital Pediátrico?

9. Quem o encaminhou para este serviço do Hospital Pediátrico?

Anexo V - Qualidade de Vida

QUALIDADE DE VIDA

Formulário Parental

Adaptado de David H. Olson & Howard L. Barnes, 1982

Instruções:

Leia a lista de “possibilidades de resposta” uma de cada vez. Em seguida, decida acerca da forma como se sente em relação a cada uma das questões. De acordo com o seu grau de satisfação, assinale com uma cruz (x) a classificação mais indicada (1, 2, 3, 4, ou 5) à frente do tópico em questão. Obrigado.

	1	2	3	4	5
<u>QUAL O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM ?:</u>	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Geralmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Extremamente Satisfeito
Casamento e vida familiar					
1. A sua família	<input type="radio"/>				
2. O seu casamento	<input type="radio"/>				
3. O(s) seu(s) filho(s)	<input type="radio"/>				
4. Número de crianças na sua família	<input type="radio"/>				
Amigos					
5. Os seus amigos	<input type="radio"/>				
6. A sua relação com os seus familiares (tios, tias, avós, etc.)	<input type="radio"/>				
Saúde					
7. A sua própria saúde	<input type="radio"/>				
8. A saúde dos outros membros da família	<input type="radio"/>				
Casa					
9. As suas condições actuais de habitação	<input type="radio"/>				
10. As suas responsabilidades domésticas	<input type="radio"/>				
11. As responsabilidades domésticas dos outros membros da família	<input type="radio"/>				
12. Espaço para as suas próprias necessidades	<input type="radio"/>				
13. Espaço para as necessidades da sua família	<input type="radio"/>				
Educação					
14. O nível de estudos que tem	<input type="radio"/>				
15. Os programas educativos projectados para melhorar o seu casamento e a sua vida familiar	<input type="radio"/>				
Tempo	<input type="radio"/>				
16. Quantidade de tempo livre	<input type="radio"/>				

	1	2	3	4	5
<u>QUAL O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM ?:</u>	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Geralmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Extremamente Satisfeito
17. Tempo para si	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Tempo para a família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Tempo para a lida da casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tempo para ganhar dinheiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Religião					
21. A vida religiosa da sua família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. A vida religiosa na sua comunidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emprego					
23. A sua principal ocupação (trabalho)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. A segurança do seu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mass Media					
25. A quantidade de tempo que os membros da sua família vêem televisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. A qualidade dos programas televisivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. A qualidade dos filmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. A qualidade dos jornais e revistas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. O seu nível de rendimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Dinheiro para as necessidades familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. A sua capacidade para lidar com emergências financeiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Quantidade de dinheiro que deve (hipoteca, empréstimo, cartões de crédito)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Nível de poupança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Dinheiro para futuras necessidades da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vizinhança e comunidade					
35. As escolas na sua comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. As compras na sua comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. A segurança na sua comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. O bairro onde vive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3	4	5
<u>QUAL O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM ?:</u>	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Geralmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Extremamente Satisfeito
39. As instalações recreativas (parques, recintos para recreio, programas, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Os serviços de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo VI - Inventário Familiar De Acontecimentos E Mudanças De Vida (FILE)

FILE

Inventário Familiar de Acontecimentos e Mudanças de Vida

(H. I. McCubbin, J. M. Patterson, L. R. Wilson, 1981)

Versão Portuguesa de A. Vaz Serra, H. Firmino, C. Ramalheira, M. C. Sousa Canavarro, 1990

(Adaptado)

Ao longo da vida, todas as famílias experimentam mudanças em resultado do crescimento e desenvolvimento normal dos seus membros. As modificações da vida familiar que figuram na lista que se segue podem acontecer a uma família em qualquer altura. Porque os membros de uma família estão ligados uns aos outros, uma mudança de vida num dos seus membros afecta, de alguma maneira, as outras pessoas da família.

Deve entender-se "FAMÍLIA" como um grupo de duas ou mais pessoas que vivem juntos e estão relacionados por laços sanguíneos, pelo casamento ou por um processo de adopção. Neste sentido, inclui pessoas com quem vive actualmente e em relação às quais tem uma ligação forte, estável e duradoira.

Instruções

" A MUDANÇA ACONTECE NA SUA FAMÍLIA? "

Por favor, leia cada mudança de vida familiar que está assinalada e decida se esta aconteceu a algum dos membros da sua família, inclusive consigo próprio.

• DURANTE O ANO PASSADO

Primeiro, verifique se a mudança ocorreu durante os últimos 12 meses e marque uma cruz no SIM ou no NÃO, conforme o seu caso.

• ANTES DO ANO PASSADO

Para algumas das *mudanças familiares* assinaladas, verifique se alguma vez ocorreram antes do ano que passou e marque uma cruz no SIM ou no NÃO, conforme o seu caso. Poderá responder duas vezes SIM, desde que a mudança tenha ocorrido no ano que passou e em qualquer ocasião mais anterior.

	Aconteceu alguma mudança na sua família?				Pontuação
	Durante o ano passado		Antes do ano passado		
	Sim	Não	Sim	Não	
I. Tensões Intra-familiares					
1. Aumento do período de tempo que o pai/marido passa longe da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Aumento do período de tempo que a mãe/mulher passa longe da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Um dos membros parece andar nervoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

4. Um dos membros aparenta estar dependente do álcool ou das drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Aumento dos conflitos entre marido e mulher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
6. Aumento das discussões entre pais e filhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
7. Aumento dos conflitos entre os diversos filhos na família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
8. Aumento das dificuldades em lidar com os adolescentes da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

	Aconteceu alguma mudança na sua família?			
	Durante o ano passado		Antes do ano passado	
	Sim	Não	Sim	Não
9. Aumento das dificuldades em lidar com as filhos em idade escolar (6-12 anos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
10. Aumento das dificuldades em lidar com as filhos em idade pré-escolar (2 1/2-6anos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
11. Aumento das dificuldades em lidar com as filhos entre 1-2 1/2 anos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
12. Aumento das dificuldades em lidar com os bebés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
13. Aumento das actividades "fora de casa" em que os filhos estão envolvidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
14. Aumento do desagrado a respeito dos amigos ou das actividades de algum membro da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
15. Aumento do número de problemas e assuntos que não são resolvidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
16. Aumento do número de tarefas ou objectivos que não são concluídos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
17. Aumento dos conflitos com os parentes do marido/mulher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
II. Tensões conjugais				
18. O cônjuge, ou um dos pais, separou-se ou divorciou-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. O cônjuge ou um dos pais, tem uma relação extra-conjugal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Aumento das dificuldades em resolver questões com um ex-cônjuge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
21. Aumento das dificuldades de relacionamento sexual entre marido e mulher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
III. Tensões relativas à gravidez e maternidade				
22. A mulher teve uma gravidez difícil ou não desejada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Uma rapariga solteira da família ficou grávida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Um membro da família fez um aborto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Um membro da família teve um filho ou adoptou uma criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

IV. Tensões relativas a questões financeiras				
26. Um membro contraíu um empréstimo para pagar aumento de despesas	O	O	O	O
27. Recorremos à assistência social	O	O	O	O
28. Mudança de condições externas (económicas, políticas, climatéricas) que afectaram a economia da família	O	O	O	O
29. Mudança nas Taxas de Juro, “Bolsa de Valores”, no Sector Imobiliário, que de alguma forma venha prejudicar os investimentos ou rendimentos dos membros da família	O	O	O	O
30. Um dos membros abriu um negócio	O	O	O	O

	Aconteceu alguma mudança na sua família?				Pontuação
	Durante o ano passado		Antes do ano passado		
	Sim	Não	Sim	Não	
31. Compor ou construir uma casa	O	O	O	O	
32. Um dos membros comprou ou trocou de carro ou outra aquisição importante	O	O			
33. Aumento das dívidas por abuso de cartões de crédito	O	O			
34. Aumento da tensão na família por gastos em despesas médicas ou no dentista	O	O			
35. Aumento da tensão na família devido a gastos com comida, roupa, electricidade e arranjos domésticos	O	O			
36. Aumento de tensão na família devido a gastos com a educação dos filhos	O	O			
37. Atraso no recebimento de abonos de família ou outros pagamentos	O	O			

V. Tensões-mudanças familiares devido ao trabalho				
38. Um dos membros mudou de trabalho ou de carreira	O	O	O	O
39. Um dos membros perdeu ou abandonou o emprego	O	O	O	O
40. Um dos membros reformou-se	O	O	O	O
41. Um dos membros iniciou ou retomou um emprego	O	O	O	O
42. Um dos membros deixou de trabalhar por um período muito extenso (por exemplo, ficar de baixa, greve, licença sem vencimento)	O	O		
43. Diminuição de satisfação profissional	O	O		
44. Um dos membros tem tido dificuldades de relação no emprego com outros membros do pessoal	O	O		
45. Um dos membros foi promovido no trabalho ou foram-lhe atribuídas mais responsabilidades	O	O		
46. A família mudou de casa	O	O		
47. Um dos filhos adolescentes mudou de escola	O	O		

VI. Tensões relacionadas com problemas ou cuidados de saúde					
48. Um dos cônjuges, ou pais, ficou muito doente ou sofreu um acidente grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
49. Um dos filhos ficou muito doente ou sofreu um acidente grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
50. Um parente próximo ou um amigo de família ficou gravemente doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
51. Um dos membros ficou incapacitado fisicamente ou passou a sofrer de uma doença crónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
52. Aumento das dificuldades em lidar com um dos membros incapacitado ou cronicamente doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
53. Um dos membros ou um amigo íntimo deu entrada numa instituição de cuidados de saúde ou num lar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
54. Aumento das responsabilidades de prestação de ajuda financeira ou outros cuidados aos pais ou sogros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	Aconteceu alguma mudança na sua família?				Pontuação
	Durante o ano passado		Antes do ano passado		
	Sim	Não	Sim	Não	
55. Dificuldade em encontrar cuidados de saúde satisfatórios para os filhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
VII. Perdas					
56. Morte de um dos pais ou cônjuges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
57. Morte de um filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
58. Morte de um dos pais ou familiar chegado do marido ou da mulher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
59. Morte de um amigo íntimo da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
60. Divórcio de um filho(a) casado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
61. Um dos membros cortou relações com um amigo íntimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
VIII. Movimento de “Entradas e Saídas” na família					
62. Casamento de um dos membros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
63. Um dos membros, jovem adulto, deixou a casa dos pais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
64. Um dos membros, jovem adulto, foi estudar para a Universidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
65. Um dos membros regressou a casa ou ocorreu a entrada de uma nova pessoa para o agregado familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
66. Um dos cônjuges ou um dos pais, depois de ter estado afastado muito tempo, reiniciou os estudos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

IX. Problemas legais					
67. Um dos membros foi preso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
68. Um dos membros foi detido pela polícia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
69. Ocorreu um caso de abuso físico ou sexual violento no seio da família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
70. Um dos membros fugiu de casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
71. Um dos membros deixou de estudar ou foi expulso da escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**Anexo VII - Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família
(F-COPES)**

F-COPES

Escalas de avaliação pessoal orientadas para a crise em família

(H. C. McCubbin, D. H. Olson, A. S. Larsen, 1981)

Versão Portuguesa de A. Vaz Serra, H. Firmino, C. Ramalheira, M. C. Sousa Canavarro, 1990

(Adaptado)

Objectivo

O F- C.O.P.E.S. foi criado para inventariar atitudes e comportamentos de Resolução de Problemas que as famílias desenvolvem como resposta a problemas ou dificuldades.

Instruções

Por favor leia cada afirmação e decida em que grau descreve as atitudes e comportamentos da sua família ao confrontar-se com problemas ou dificuldades. Cada atitude ou comportamento descrito a seguir ocorre na sua família:

- (1) Nunca = 0% do tempo [Discordo muito]
- (2) Raramente = menos de 25% do tempo [Discordo moderadamente]
- (3) Por vezes = mais de 25% e menos de 50% do tempo [Não concordo nem discordo]
- (4) Frequentemente = 50% ou mais mas não todo o tempo [Concordo moderadamente]
- (5) Sempre = 100% do tempo [Concordo muito]

Por favor desenhe um círculo em redor de um dos números (1, 2, 3, 4, ou 5) de modo a classificar cada afirmação. Obrigado.

Quando na nossa família nos confrontamos com problemas ou dificuldades, comportamo-nos da seguinte forma:	Discordo muito	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo muito
1. Compartilhamos as nossas dificuldades com os familiares	1	2	3	4	5
2. Procuramos o encorajamento e o apoio de amigos	1	2	3	4	5
3. Sabemos que temos capacidade para resolver os problemas mais importantes	1	2	3	4	5
4. Procuramos informações e conselhos de pessoas de outras famílias que passaram por problemas semelhantes	1	2	3	4	5
5. Procuramos conselhos de parentes próximos (avós, etc)	1	2	3	4	5
6. Procuramos auxílio de instituições criadas para ajudar famílias numa situação como a nossa	1	2	3	4	5
7. Sabemos que a nossa família tem recursos próprios para resolver os nossos problemas	1	2	3	4	5
8. Recebemos ofertas e favores de vizinhos (por exemplo comida, tomar conta do correio, etc.)	1	2	3	4	5

9. Procuramos informação e conselhos junto do médico de família	1	2	3	4	5
10. Pedimos aos nossos vizinhos que nos façam favores e nos dêem assistência	1	2	3	4	5
11. Encaramos os problemas de frente e procuramos soluções de forma activa e rápida	1	2	3	4	5
12. Vemos televisão	1	2	3	4	5
13. Mostramos que somos fortes	1	2	3	4	5
Quando na nossa família nos confrontamos com problemas ou dificuldades, comportamo-nos da seguinte forma:	Discordo muito	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo muito
14. Frequentamos a igreja e vamos à missa	1	2	3	4	5
15. Aceitamos os acontecimentos perturbadores como parte integrante da vida	1	2	3	4	5
16. Partilhamos as nossas preocupações com os amigos íntimos	1	2	3	4	5
17. Sabemos que a sorte tem um papel importante na resolução dos nossos problemas familiares	1	2	3	4	5
18. Fazemos exercício físico com os amigos para nos mantermos uma boa condição física e reduzir a tensão	1	2	3	4	5
19. Aceitamos que as dificuldades acontecem de forma inesperada	1	2	3	4	5
20. Convivemos com a família (jantares, encontros, etc.)	1	2	3	4	5
21. Procuramos conselho e ajuda profissional para resolver as dificuldades familiares	1	2	3	4	5
22. Acreditamos que podemos lidar com os nossos próprios problemas	1	2	3	4	5
23. Participamos em actividades religiosas	1	2	3	4	5
24. Definimos o problema familiar de uma forma mais positiva de maneira a que não nos sintamos demasiado desencorajados	1	2	3	4	5
25. Perguntamos aos nossos familiares o que sentem sobre os problemas com que nos defrontamos	1	2	3	4	5
26. Sentimos que apesar de tudo o que possamos fazer teremos dificuldade em lidar com os problemas	1	2	3	4	5
27. Procuramos o conselho de um padre	1	2	3	4	5
28. Acreditamos que se deixarmos passar o tempo o problema desaparecerá	1	2	3	4	5
29. Partilhamos os problemas com os nossos vizinhos	1	2	3	4	5
30. Temos fé em Deus	1	2	3	4	5

Anexo VIII - Caracterização da amostra e resultados da validação da escala *Qualidade de Vida* – formulário para adultos

A escala foi validada numa amostra:

- 260 sujeitos;
- 34,2% (n=89) do sexo masculino;
- 65,8% (n=171) do sexo feminino;
- idades compreendidas entre os 21 e os 84 anos, sendo a média de idades de 52,31 (SD=15,223);
- habilitações literárias: 46,9% (n=122) têm o 4.º ano de escolaridade ou menos, 37,7% (n=98) tem habilitações literárias entre o 6º ano e o 12º ano e 14,6% (n=38) têm habilitações entre o ensino médio e o superior;
- nível sócio-económico: 54,2% (n=141) pertencem ao nível baixo; 41,5% (n=108) pertencem ao nível médio e apenas 3,8% (n=10) pertencem ao nível elevado;
- etapa do ciclo vital: apenas 4,6% (n=12) são casais sem filhos; 6,5% (n=17) são casais com filhos pequenos ou em idade pré-escolar; 9,2% (n=24) são casais com filhos em idade escolar; 9,2% (n=24) são casais com filhos adolescentes; 33,1% (n=86) são famílias lançadoras; 11,2% (n=29) são famílias na etapa do ninho vazio e 22,7% (n=59) são famílias na reforma.

Nota: A diferença entre a soma dos n's e o número total de sujeitos corresponde ao número de *missings*.

Validação da Escala QOL

No nosso estudo, foi aplicada à amostra acima caracterizada, uma tradução *Quality Of Life*.

Partindo dos mesmos procedimentos estatísticos descritos em Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson (1985), obtivemos os seguintes resultados:

Alpha de Cronbach do QOL

Dimensões do QOL	Resultados dos autores-Family Inventories (1982)	Nossos resultados
Casamento e vida familiar		0,727
Amigos		0,607
Saúde		0,649
Lar e Educação		0,786
Tempo		0,851
Religião		0,685
Emprego		0,695
Mass Media		0,721

Rendimento		0,820
Vizinhança e comunidade		0,761
Escala Total	0.92	0,889

Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson (1985) procederam a uma análise factorial, através da *rotação Varimax*.

Uma vez que a curva de inflexão no *scree plot* aponta para a possibilidade de utilizar 5 factores ou 11 factores, existe muita subjectividade na sua análise, pelo que optamos por utilizar os 11 factores na análise.

Uma vez que obtivemos 11 factores, e após termos efectuado uma rotação forçada a 12 factores, optamos por trabalhar com a estrutura factorial de 11 factores. No entanto, após análise dos resultados, constatamos que no factor 11 apenas saturava um item (25 - A quantidade de tempo que os membros da sua família vêem televisão: 0,462). Tendo observado que o item referido obtinha saturação semelhante no factor 5 (0,397), escolhemos trabalhar apenas com 10 factores, tendo deixado cair o factor 11.

Os itens que compõem os factores são os seguintes:

Factores	Itens
Casamento e vida familiar	1,2,3,4
Amigos	5,6
Saúde	7,8
Lar e Educação	9,10,11,12,13,14,15
Tempo	16,17,18,19
Religião	21,22
Emprego	20,23,24
Mass Media	25,26,27,28
Rendimento	29,30,31,32,33,34
Vizinhança e comunidade	35,36,37,38,39,40

Os valores de Alpha de Cronbach obtidos permitem-nos verificar que todas as subescalas são admissíveis, variando entre valores fracos, razoáveis e bom.

Anexo IX - Caracterização da amostra e resultados da validação da escala

FILE

Variáveis		Amostra Total (N=261)	
		N	%
Sexo	Masculino	89	34,1
	Feminino	172	65,9
Idade	21-34	43	16,7
	35-54	89	34,2
	55-74	113	43,5
	75-85	15	5,9
Residência	Predominantemente urbana	203	78,1
	Medianamente urbana	26	1,0
	Predominantemente rural	31	11,9
Habilitações literárias	< 4º ano	26	1,0
	4º ano	96	37,1
	6º -12º anos	98	37,8
	> 12º ano	39	15,1
Estado civil	Solteiro	17	6,5
	Casado	207	79,3
	União de facto	6	2,3
	Divorciado	15	5,7
	Separado	3	1,1
	Viúvo	13	5
Nível socioeconómico	Baixo	142	54,6
	Médio	108	41,5
	Elevado	10	3,8
Fase do ciclo vital	Casal sem filhos	12	4,7
	Filhos pequenos ou pré-escolar	17	6,6
	Filhos em idade escolar	24	9,3
	Filhos adolescentes	24	9,3
	Família lançadora	87	33,7
	Ninho vazio	29	11,2
	Família na reforma	59	22,9
	(Não se aplica)	6	2,3
Local de Recolha	CEIFAC	9	3,4
	C.S. F. Magalhães	154	5,9
	C.S. São Martinho do Bispo	81	3,1
	Hospital Pediátrico	9	3,4
	NUSIAF	8	3,1

Alpha de Cronbach do FILE

Dimensões do FILE	Resultados dos autores-Family Inventories (1982)	Nossos resultados
Tensões Intra-familiares		0.65
Tensões conjugais	0.72	0.53
Tensões rel. à gravidez e maternidade	0.16	0.31
Tensões rel. a questões financeiras	0.24	0.51
Tensões-mudanças familiares devido ao trabalho	0.60	0.48
Tensões rel. a problemas ou cuidados de saúde	0.55	0.54
Perdas	0.56	0.47
Movimento de “Entradas e Saídas” na família	0.34	0.43
Problemas legais	0.52	0.62
Escala Total	0.81	0.79

Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen & Wilson (1985) procederam a uma análise factorial, através da *rotação oblíqua*.

Depois de algumas tentativas de extracção de 12, 11, 10 e 5 factores através da *rotação oblíqua*, optámos por efectuar uma rotação *Varimax*. Após novas tentativas de extracção de 12, 11 e 10 factores, conseguimos obter 5 factores, que são apresentados no quadro seguinte:

Factores	Itens	Alpha de Cronbach
Factor 1	28,35,42,54,43,39,16,38, 34,29,37,27	0.698
Factor 2	67,68,23,24,66,62,30,25,49,65,17	0.597
Factor 3	15,20,6,21,5,18,14,9,8,4,3,7	0.674
Factor 4	69,57,70	0.746
Factor 5	56,58,40,59,31,50,48,51	0.498

Uma vez que a maioria dos componentes apresenta baixa consistência interna ($\alpha \leq 0.7$) e teórica, levando a grandes dificuldades de interpretação, a escala será apenas utilizada nos nossos estudos na sua forma global.

**Anexo X - Caracterização da amostra e resultados da validação do
F-COPES**

**Características sócio-demográficas da amostra de validação do instrumento de análise
F-COPES**

Variáveis		Amostra Total (N=274)	
		N	%
Sexo	Masculino	92	33,6
	Feminino	182	66,4
Idade	14-23	17	6,2
	24-33	37	13,5
	34-43	41	14,9
	44-53	45	16,7
	54-63	61	22,3
	64-73	53	19,4
	>74	19	7
Residência	Predominantemente urbana	211	77,3
	Medianamente urbana	28	10,3
	Predominantemente rural	34	12,5
Habilitações literárias	< 4º ano	27	9,9
	4º ano	96	35,3
	6º ano	29	10,7
	9º ano	55	20,2
	12º ano	26	9,6
	Ensino médio	10	3,7
	Ensino superior	29	10,7
Estado civil	Solteiro	34	12,4
	Casado	202	73,7
	União de facto	7	2,6
	Divorciado	13	4,7
	Separado	3	1,1
	Viúvo	15	5,5
Nível socioeconómico	Baixo	151	55,1
	Médio	112	40,9
	Elevado	11	4
Fase do ciclo vital	Casal sem filhos	12	4,4
	Filhos pequenos ou pré-escolar	17	6,2
	Filhos em idade escolar	24	8,8
	Filhos adolescentes	35	12,8
	Família lançadora	88	32,2
	Ninho vazio	28	10,3
	Família na reforma	62	22,7
	(Não se aplica)	7	2,6

Análise factorial do F-COPES (tabelas do SPSS)

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,826
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2436,964
	df	435
Sig.		,000

Communalities

	Initial	Extraction
FC1	1,000	,492
FC2	1,000	,442
FC3	1,000	,546
FC4	1,000	,633
FC5	1,000	,541
FC6	1,000	,490
FC7	1,000	,450
FC8	1,000	,607
FC9	1,000	,561
FC10	1,000	,669
FC11	1,000	,505
FC12	1,000	,488
FC13	1,000	,633
FC14	1,000	,760
FC15	1,000	,540
FC16	1,000	,460
FC17	1,000	,564
FC18	1,000	,357
FC19	1,000	,493
FC20	1,000	,619
FC21	1,000	,498
FC22	1,000	,469
FC23	1,000	,780
FC24	1,000	,583
FC25	1,000	,534
FC26	1,000	,509
FC27	1,000	,526
FC28	1,000	,473
FC29	1,000	,605
FC30	1,000	,558

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,372	21,240	21,240	6,372	21,240	21,240	3,605	12,015	12,015
2	2,726	9,088	30,328	2,726	9,088	30,328	2,575	8,583	20,599
3	2,210	7,366	37,694	2,210	7,366	37,694	2,549	8,496	29,095
4	1,462	4,873	42,568	1,462	4,873	42,568	2,011	6,703	35,798
5	1,335	4,451	47,019	1,335	4,451	47,019	1,958	6,526	42,323
6	1,245	4,151	51,170	1,245	4,151	51,170	1,952	6,507	48,831
7	1,035	3,451	54,621	1,035	3,451	54,621	1,737	5,790	54,621
8	,995	3,315	57,936						
9	,977	3,255	61,192						
10	,878	2,927	64,119						
11	,858	2,862	66,980						
12	,818	2,725	69,706						
13	,792	2,640	72,346						
14	,754	2,513	74,858						
15	,709	2,364	77,223						
16	,664	2,213	79,436						
17	,656	2,188	81,623						
18	,568	1,894	83,518						
19	,556	1,854	85,372						
20	,551	1,837	87,209						
21	,536	1,787	88,996						
22	,489	1,630	90,626						
23	,468	1,560	92,186						
24	,424	1,414	93,600						
25	,407	1,358	94,957						
26	,377	1,257	96,214						
27	,338	1,128	97,342						
28	,302	1,007	98,349						
29	,277	,923	99,272						
30	,218	,728	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Matrix

	Component						
	1	2	3	4	5	6	7
FC1	,374	,049	,520	,168	,072	-,083	,198
FC2	,473	-,263	,341	,011	-,032	-,167	,058
FC3	,298	,416	,315	,362	,210	-,050	-,087
FC4	,573	-,223	,307	,182	,085	,000	,347
FC5	,549	-,223	,401	,064	,050	-,065	,138
FC6	,487	-,378	,019	-,094	,203	-,234	-,071
FC7	,168	,504	,319	-,072	-,128	,141	-,154
FC8	,522	-,301	-,051	-,206	,146	,236	-,348
FC9	,504	,035	-,050	-,219	,493	,040	-,102
FC10	,627	-,247	-,100	-,153	,156	,244	-,312
FC11	,320	,356	,318	,225	,114	,191	-,274
FC12	,268	,384	-,187	-,257	,395	,023	,103
FC13	,280	,391	,004	,370	,398	,308	,111
FC14	,483	-,015	-,567	,419	-,100	-,127	-,054
FC15	,354	,348	-,190	,256	-,262	,330	,118
FC16	,536	-,270	,163	,120	-,186	,137	,078
FC17	,452	,254	-,132	-,465	,183	-,088	,144
FC18	,490	-,150	,097	-,186	-,173	,031	-,142
FC19	,324	,378	,047	-,132	-,291	,374	,040
FC20	,470	,313	,137	-,195	-,255	-,361	-,218
FC21	,657	-,190	,128	-,059	-,038	,007	,092
FC22	,250	,545	-,047	-,126	-,099	-,276	-,074
FC23	,643	-,170	-,484	,256	-,113	-,083	-,138
FC24	,426	,450	,088	,100	-,134	-,284	-,290
FC25	,621	-,085	,116	,006	-,248	-,190	,175
FC26	,375	,293	-,137	-,297	,068	-,065	,409
FC27	,614	-,145	-,306	,080	-,057	-,158	,001
FC28	,285	,314	-,289	-,235	-,289	,164	,212
FC29	,539	-,307	-,107	-,101	-,161	,414	,033
FC30	,275	,115	-,550	,258	,232	-,174	,128

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 7 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component						
	1	2	3	4	5	6	7
FC1	,592	-,130	-,083	,110	,041	,321	-,025
FC2	,619	,002	,179	,126	-,019	-,003	-,102
FC3	,196	,044	-,091	,271	,039	,649	-,032
FC4	,747	,113	,070	-,123	,102	,176	,036
FC5	,695	-,013	,183	,047	,039	,134	-,048
FC6	,421	,207	,380	,050	,147	-,101	-,302
FC7	,010	-,279	,017	,401	,053	,346	,297
FC8	,176	,087	,750	,001	,069	,024	,000
FC9	,144	,097	,458	,035	,489	,240	-,151
FC10	,215	,185	,751	,016	,120	,085	,055
FC11	,106	-,077	,175	,261	-,053	,611	,116
FC12	-,102	,071	,102	,080	,638	,217	,041
FC13	,032	,183	-,014	-,144	,232	,707	,155
FC14	,069	,842	,118	,099	-,027	,061	,131
FC15	,047	,303	-,009	,065	,014	,276	,605
FC16	,552	,139	,273	-,023	-,122	,027	,213
FC17	,119	,037	,198	,225	,666	-,046	,113
FC18	,337	,026	,407	,217	,016	-,099	,143
FC19	,058	-,092	,130	,195	,122	,161	,621
FC20	,228	,046	,111	,724	,141	-,015	,087
FC21	,571	,144	,329	,085	,141	,009	,120
FC22	-,049	,093	-,110	,573	,295	,112	,136
FC23	,205	,760	,359	,125	-,013	-,025	,124
FC24	,107	,181	,040	,672	,050	,280	,070
FC25	,605	,218	,095	,257	,085	-,087	,174
FC26	,193	,096	-,075	,103	,618	-,044	,251
FC27	,313	,549	,275	,143	,137	-,079	,068
FC28	-,023	,145	,017	,150	,315	-,128	,560
FC29	,331	,158	,523	-,182	,014	-,088	,395
FC30	-,068	,670	-,050	-,042	,292	,114	-,046

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4	5	6	7
1	,616	,384	,474	,279	,286	,191	,229
2	-,351	-,076	-,360	,500	,361	,488	,351
3	,521	-,727	-,094	,154	-,229	,307	-,144
4	,121	,506	-,329	-,165	-,547	,540	-,060
5	-,107	-,014	,161	-,358	,503	,468	-,602
6	-,174	-,247	,385	-,534	-,102	,306	,609
7	,412	,023	-,596	-,456	,417	-,166	,257

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Reliability

Scale: factor 6

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	274	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	274	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,575	3

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
FC3	3,98	,768	274
FC11	4,09	,846	274
FC13	3,66	1,023	274

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FC3	7,75	2,261	,418	,440
FC11	7,64	2,195	,360	,509
FC13	8,08	1,712	,395	,475

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
11,73	3,815	1,953	3

Reliability**Scale: factor 7****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	274	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	274	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,507	3

Reliability**Scale: Aquisição de apoio social****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	274	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	274	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,799	8

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
FC1	3,72	1,062	274
FC2	3,41	1,126	274
FC4	3,26	1,156	274
FC5	3,36	1,166	274
FC6	2,89	1,381	274
FC16	3,32	1,189	274
FC21	3,03	1,364	274
FC25	3,15	1,227	274

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FC1	22,42	33,218	,395	,793
FC2	22,73	31,569	,502	,778
FC4	22,87	29,921	,627	,760
FC5	22,77	30,163	,598	,764
FC6	23,24	30,689	,431	,792
FC16	22,81	31,524	,468	,783
FC21	23,10	29,118	,558	,769
FC25	22,98	30,677	,515	,776

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
26,13	39,184	6,260	8

Reliability

Scale: Reenquadramento

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	274	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	274	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,625	4

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
FC7	3,57	1,011	274
FC20	3,75	1,189	274
FC22	3,89	,909	274
FC24	3,58	,947	274

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FC7	11,22	5,261	,332	,606
FC20	11,04	4,083	,485	,492
FC22	10,90	5,415	,374	,577
FC24	11,21	5,044	,443	,530

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
14,79	7,823	2,797	4

Reliability

Scale: Apoio espiritual

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	274	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	274	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,783	4

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
FC14	3,22	1,368	274
FC23	3,10	1,422	274
FC27	1,97	1,207	274
FC30	4,34	1,001	274

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FC14	9,41	8,141	,691	,674
FC23	9,53	7,656	,727	,651
FC27	10,66	9,881	,536	,757
FC30	8,29	11,488	,429	,801

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
12,63	15,406	3,925	4

Reliability**Scale: Mobilização de apoio formal****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	274	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	274	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,702	4

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
FC8	2,27	1,307	274
FC10	2,50	1,343	274
FC18	2,78	1,337	274
FC29	2,24	1,345	274

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FC8	7,53	9,195	,518	,619
FC10	7,29	8,464	,606	,560
FC18	7,01	10,245	,347	,721
FC29	7,56	9,215	,488	,637

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
9,80	15,006	3,874	4

Reliability**Scale: Avaliação passiva****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	274	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	274	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,612	4

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
FC9	3,91	1,091	274
FC12	3,51	1,159	274
FC17	3,33	1,117	274
FC26	3,09	1,076	274

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FC9	9,93	6,043	,353	,570
FC12	10,32	5,693	,378	,553
FC17	10,51	5,386	,481	,473
FC26	10,75	6,063	,360	,565

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
13,84	9,124	3,021	4

Reliability

[Scale: alpha da escala total]

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	274	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	274	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,866	30

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
FC1	3,72	1,062	274
FC2	3,41	1,126	274
FC3	3,98	,768	274
FC4	3,26	1,156	274
FC5	3,36	1,166	274
FC6	2,89	1,381	274
FC7	3,57	1,011	274
FC8	2,27	1,307	274
FC9	3,91	1,091	274
FC10	2,50	1,343	274
FC11	4,09	,846	274
FC12	3,51	1,159	274
FC13	3,66	1,023	274
FC14	3,22	1,368	274
FC15	3,52	,995	274
FC16	3,32	1,189	274
FC17	3,33	1,117	274
FC18	2,78	1,337	274
FC19	3,48	1,063	274
FC20	3,75	1,189	274
FC21	3,03	1,364	274
FC22	3,89	,909	274
FC23	3,10	1,422	274
FC24	3,58	,947	274
FC25	3,15	1,227	274
FC26	3,09	1,076	274
FC27	1,97	1,207	274
FC28	2,33	1,209	274
FC29	2,24	1,345	274
FC30	4,34	1,001	274

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
FC1	94,53	236,338	,311	,864
FC2	94,84	233,122	,385	,862
FC3	94,27	240,489	,275	,865
FC4	94,99	229,183	,489	,860
FC5	94,89	229,998	,460	,861
FC6	95,36	229,432	,389	,863
FC7	94,68	241,568	,160	,867
FC8	95,98	228,659	,437	,861
FC9	94,34	231,544	,448	,861
FC10	95,74	223,905	,545	,858
FC11	94,15	239,295	,290	,865
FC12	94,73	237,317	,251	,866
FC13	94,59	238,323	,261	,865
FC14	95,03	228,453	,418	,862
FC15	94,73	236,491	,331	,864
FC16	94,93	230,229	,443	,861
FC17	94,92	232,353	,412	,862
FC18	95,46	229,063	,414	,862
FC19	94,77	236,632	,301	,864
FC20	94,50	230,727	,429	,861
FC21	95,22	222,377	,575	,857
FC22	94,36	239,953	,243	,865
FC23	95,15	221,549	,568	,857
FC24	94,67	235,446	,388	,863
FC25	95,10	226,155	,541	,858
FC26	95,16	235,293	,338	,864
FC27	96,28	226,626	,537	,858
FC28	95,92	236,341	,264	,866
FC29	96,01	227,513	,451	,861
FC30	93,91	239,134	,241	,866

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
98,25	247,616	15,736	30

• Para a validação da escala procedemos a análise factorial da escala utilizando o método *Varimax*. Segundo o critério de *Kaiser* foi possível extrair 7 factores

• Dois dos 7 factores encontrados apresentaram uma consistência interna inadmissível $<.60$ (factores 6 e 7, pelo que os itens que neles saturavam não foram aproveitados)

Respectivamente, factor 6: itens 3,11,13 e factor 7: 15,19,28

• Os restantes 5 enquadram-se substancialmente nos que foram encontrados pelo autor. Respectivamente:

- Factor/subescala 1: Apoio Social, itens: 1,2,4,5,6,16,21,25; *alpha*: .799

- Factor 2: Apoio Espiritual, itens: 14,23,27,30; *alpha*: .783

- Factor 3: Apoio Formal, itens: 8,10,18,29; *alpha*: .702

- Factor 4: Reenquadramento, itens: 7,20,22,24; *alpha*: .625

- Factor 5: Avaliação Passiva, itens: 9,12,17,26; *alpha*: .612

- O *alpha* da escala total é de .866

- O facto de alguns itens terem “caído” e não se enquadrarem nas subescalas propostas pelo autor (Olson) poderá estar relacionado com diferentes aspectos. Nomeadamente com as características da amostra (por exemplo, idade, género, escolaridade, nível sócio-económico e religião) e com questões culturais.

Foram encontradas diferenças para com o estudo do autor (Olson, McCubbin *et al.*, 1985) relativamente ao facto de alguns itens terem “caído”, não se enquadrarem nas subescalas encontradas pelo autor mesmo e outros estarem em subescalas diferentes das propostas por aquele (*cf.* Quadro 8 e 9).

Distribuição dos itens pelas diferentes subescalas (versão de Olson, McCubbin *et al.*, 1983)

Subescala	Nº dos itens
Aquisição de apoio social	1,2,4,5,10,16,20,25,29
Reenquadramento	3,7,11,13,15,19,22,24
Apoio espiritual	14,23,27,30
Mobilização de apoio formal	6,8,21
Avaliação passiva	12,17,26,28

Distribuição dos itens por subescala resultante da nossa análise factorial

Subescala	Nº dos itens
Aquisição de apoio social	1,2,4,5,6,16,21,25
Reenquadramento	7,20,22,24
Apoio espiritual	14,23,27,30
Mobilização de apoio formal	8,10,18,29
Avaliação passiva	9,12,17,26

Anexo XI – Normalidade das Distribuições

Qualidade de Vida - Total

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV Tot M	,160	41	,010	,932	41	,017
F	,122	65	,017	,969	65	,103

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Parent0	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV Tot Pai	,162	39	,011	,934	39	,024
Mãe	,135	56	,013	,944	56	,012
Outras con	,229	11	,112	,955	11	,705

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Civil0	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV To Solteiro	,228	5	,200*	,949	5	,731
Casado	,119	87	,004	,952	87	,003
Outras sit	,151	14	,200*	,964	14	,781

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Hab0	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV To < ou = 4º and	,154	63	,001	,950	63	,013
6º-12º anos	,185	30	,010	,940	30	,092
Ensino médi	,111	11	,200*	,978	11	,956

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

religioa	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV To não	,268	6	,200*	,811	6	,074
sim cat	,118	98	,002	,957	98	,003

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

ECV	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV To De "Casal s						
Filhos a Far	,132	19	,200*	,944	19	,314
Filhos Adole						
Família Lan	,163	41	,008	,910	41	,003
"Ninho Vazi						
Família na f	,128	43	,074	,938	43	,022

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Economia	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV To Baixo	,127	69	,008	,946	69	,005
Médio/e	,127	37	,138	,940	37	,047

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

impacto d	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV Tot Muito frac	,298	15	,001	,813	15	,005
2	,104	18	,200*	,954	18	,498
3	,098	41	,200*	,959	41	,144
4	,101	18	,200*	,981	18	,960
Muito forte	,222	13	,081	,808	13	,008

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

percepção q	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV To Ligeira	,216	33	,000	,887	33	,002
Moderada	,076	38	,200*	,976	38	,588
Severa	,147	25	,170	,935	25	,116

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Qualidade de Vida - Saúde

Tests of Normality

gêner	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV Sa M	,229	59	,000	,940	59	,006
F	,154	111	,000	,952	111	,001

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Parent0	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV Sa Pai	,230	54	,000	,939	54	,009
Mãe	,148	92	,000	,952	92	,002
Outras co	,173	24	,063	,934	24	,119

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

estado civil	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV Sa solteiro	,260	12	,024	,850	12	,036
casado	,189	132	,000	,953	132	,000
viúvo	,259	9	,083	,844	9	,065
outras situ	,204	17	,059	,936	17	,279

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

religiao	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV Sa não	,225	12	,096	,945	12	,568
sim cat	,172	154	,000	,955	154	,000

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Economia	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV Sa Baixo	,168	102	,000	,951	102	,001
Médio/el	,199	68	,000	,938	68	,002

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

percepção gr	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV Sa Ligeira	,183	56	,000	,944	56	,011
Moderada	,181	59	,000	,949	59	,015
Severa	,172	45	,002	,943	45	,028

^aLilliefors Significance Correction

FILE - Total

Tests of Normality

gênero	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
File M	,185	35	,004	,863	35	,000
F	,158	57	,001	,883	57	,000

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Civil0	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
File Solteiro	,147	7	,200*	,940	7	,637
Casado	,165	73	,000	,866	73	,000
Outras situ	,218	12	,120	,863	12	,053

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Hab0	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV Sa < ou = 4º an	,189	94	,000	,944	94	,001
6º-12º anos	,208	53	,000	,951	53	,030
Ensino méd	,221	21	,009	,917	21	,075

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

ECV	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV Sa De "Casal						
Filhos a Fa	,146	33	,072	,936	33	,051
Filhos Ado						
Familia La	,223	63	,000	,932	63	,002
"Ninho Vaz						
Familia na	,175	67	,000	,947	67	,006

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

impacto d	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
QV Sa Muito fraco	,187	26	,020	,931	26	,083
2	,201	33	,002	,924	33	,024
3	,146	57	,004	,947	57	,014
4	,157	32	,045	,956	32	,209
Muito forte	,255	21	,001	,892	21	,025

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Hab0	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
File < ou = 4º an	,190	52	,000	,856	52	,000
6º-12º anos	,144	25	,195	,933	25	,101
Ensino méd	,149	13	,200*	,869	13	,050

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FileTol não	,195	7	,200*	,938	7	,622
sim cat	,162	84	,000	,872	84	,000

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

ECV	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FileTcDe "Casal						
Filhos a Fa	,117	16	,200*	,954	16	,554
Filhos Ado						
Família La	,160	37	,018	,911	37	,006
"Ninho Vaz						
Família na	,261	35	,000	,796	35	,000

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Nivel0	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FileTot baixo	,157	60	,001	,870	60	,000
médio/ele	,158	32	,040	,913	32	,013

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

impacto	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FileTo Muito fra	,197	12	,200*	,916	12	,254
2	,110	21	,200*	,955	21	,424
3	,217	33	,000	,845	33	,000
4	,261	14	,010	,854	14	,025
Muito for	,186	10	,200*	,907	10	,263

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

percepção	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FileTr Ligeira	,178	30	,017	,930	30	,048
Moderada	,138	31	,139	,902	31	,008
Severa	,242	22	,002	,854	22	,004

^aLilliefors Significance Correction

F-COPES - Total

Tests of Normality

gêner	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Fcope M	,084	43	,200*	,988	43	,937
F	,045	84	,200*	,993	84	,916

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Parentes	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Fcope Pai	,114	37	,200*	,965	37	,295
Mãe	,057	65	,200*	,988	65	,800
Outras co	,096	25	,200*	,968	25	,604

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Estado civ	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Fcope Solteiro	,156	14	,200*	,925	14	,261
Casado	,068	95	,200*	,992	95	,838
Outras situ	,155	18	,200*	,928	18	,179

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Habilitaçõe	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Fcope < ou = 4º an	,076	72	,200*	,986	72	,583
6º-12º anos	,116	38	,200*	,972	38	,446
Ensino méd	,224	16	,031	,882	16	,042

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

religião	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCTot não sim cató	,128	10	,200*	,964	10	,828
	,050	115	,200*	,994	115	,925

*.This is a lower bound of the true significance.

aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

ECV	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
FCTo De "Casal s Filhos a Fam Filhos Adole Família Lan "Ninho Vazi Família na R	,101	25	,200*	,982	25	,919
	,094	49	,200*	,984	49	,741
	,076	47	,200*	,982	47	,676

*.This is a lower bound of the true significance.

aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Nível sócio-ec	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Fcope Baixo Médio/ele	,069	77	,200*	,990	77	,786
	,064	50	,200*	,990	50	,950

*.This is a lower bound of the true significance.

aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

impacto	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Fcope Muito frac 2 3 4 Muito fort	,136	19	,200*	,957	19	,514
	,127	18	,200*	,946	18	,362
	,078	51	,200*	,977	51	,409
	,117	25	,200*	,950	25	,253
	,116	12	,200*	,954	12	,689

*.This is a lower bound of the true significance.

aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

percepção g	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Fcope Ligeira Moderada Severa	,097	40	,200*	,981	40	,726
	,105	43	,200*	,974	43	,436
	,131	33	,160	,951	33	,140

*.This is a lower bound of the true significance.

aLilliefors Significance Correction

Dimensão "Aquisição de Apoio Social" do F-COPES

Tests of Normality

gênero	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AAS M F	,123	61	,022	,962	61	,054
	,077	116	,087	,977	116	,043

aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

parentesco	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AAS pai mãe outras con	,119	55	,051	,967	55	,137
	,112	90	,007	,966	90	,019
	,147	32	,078	,945	32	,106

aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

EstadoCivi	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AAS solteiro casado outras situa	,137	19	,200*	,933	19	,195
	,091	131	,009	,970	131	,005
	,145	27	,153	,952	27	,246

*.This is a lower bound of the true significance.

aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Habilitacoes	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AA< ou = 4º an 6º - 12º anos ensino médi	,091	91	,058	,981	91	,193
	,123	62	,021	,952	62	,017
	,092	22	,200*	,949	22	,304

*.This is a lower bound of the true significance.

aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

religião	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AAS não sim cató	,191	14	,177	,897	14	,103
	,094	159	,002	,971	159	,002

aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

ECV	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AAS De "Casal se Filhos a Fam Filhos Adole Família Lan "Ninho Vazi Família na R	,162	38	,013	,922	38	,011
	,068	65	,200*	,986	65	,686
	,116	66	,028	,962	66	,042

*.This is a lower bound of the true significance.

aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Nível	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AAS baixo	,088	106	,041	,973	106	,032
médio/elevado	,081	71	,200*	,973	71	,130

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

impacto	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AAS Muito fraco	,208	26	,005	,950	26	,233
2	,177	32	,012	,933	32	,047
3	,104	60	,169	,959	60	,040
4	,171	35	,011	,902	35	,005
Muito forte	,121	21	,200*	,955	21	,416

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

percepção gravidez	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AAS Ligeira	,126	57	,024	,956	57	,036
Moderada	,089	61	,200*	,981	61	,455
Severa	,146	46	,015	,946	46	,033

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Dimensão "Reenquadramento" do F-COPES

Tests of Normality

gênero	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Reenquadramento: M	,169	60	,000	,948	60	,012
F	,151	116	,000	,932	116	,000

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

parentesco	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Reenquadramento: pai	,171	54	,000	,943	54	,012
mãe	,179	91	,000	,913	91	,000
outras categorias	,131	31	,188	,970	31	,515

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Estado Civil	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Reenquadramento: solteiro	,178	19	,114	,940	19	,262
casado	,144	131	,000	,942	131	,000
outras situações	,218	26	,003	,906	26	,021

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Habitação	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Reenquadramento: < ou = 40m²	,169	93	,000	,936	93	,000
60 - 120m²	,150	59	,002	,939	59	,005
ensino médio	,222	22	,006	,876	22	,010

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

religião	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Reenquadramento: não católico	,267	14	,008	,802	14	,005
sim católico	,149	158	,000	,951	158	,000

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

ECV	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Reenquadramento: De "Casal"						
Filhos a Fazer	,155	37	,025	,942	37	,053
Filhos Adotados						
Família Lar	,156	66	,000	,954	66	,016
"Ninho Vazio"						
Família não lar	,210	66	,000	,913	66	,000

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Nível	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Reenquadramento: baixo	,167	105	,000	,935	105	,000
médio/elevado	,187	71	,000	,935	71	,001

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

impacto	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Reenquadramento: Muito fraco	,181	25	,034	,901	25	,019
2	,136	33	,124	,965	33	,354
3	,203	60	,000	,931	60	,002
4	,154	35	,034	,945	35	,082
Muito forte	,163	20	,168	,936	20	,200

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

percepção	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Reenquac Ligeira	,160	56	,001	,941	56	,009
Moderada	,186	61	,000	,946	61	,010
Severa	,146	46	,015	,946	46	,033

^aLilliefors Significance Correction

Dimensão "Apoio Espiritual" do F-COPES

Tests of Normality

gênero	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ApoioE: M	,099	52	,200*	,955	52	,047
F	,129	105	,000	,966	105	,008

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

parentesco	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Apoio pai	,092	46	,200*	,969	46	,264
mãe	,142	80	,000	,960	80	,014
outras co	,087	31	,200*	,953	31	,184

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

EstadoCivil	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ApoioI solteiro	,145	18	,200*	,936	18	,247
casado	,123	115	,000	,966	115	,005
outras situ	,183	24	,038	,942	24	,181

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Habilitacoes	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Apoio < ou = 4º an	,143	84	,000	,947	84	,002
6º - 12º ano	,119	54	,053	,968	54	,160
ensino méd	,120	17	,200*	,955	17	,533

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

religiao	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ApoioE não	,172	13	,200*	,911	13	,191
sim cató	,113	141	,000	,969	141	,002

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

ECV	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Apoio De "Casal s						
Filhos a Far	,154	31	,059	,955	31	,219
Filhos Adole						
Família Lan	,123	60	,025	,962	60	,060
"Ninho Vazi						
Família na f	,107	59	,092	,974	59	,248

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

NivelO	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ApoioI baixo	,121	96	,002	,962	96	,007
médio/el	,093	61	,200*	,971	61	,153

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

impacto p	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Apoio Muito frac	,228	7	,200*	,934	7	,582
2	,240	14	,029	,875	14	,049
3	,150	22	,200*	,973	22	,774
4	,178	19	,114	,926	19	,143
Muito fort	,200	17	,069	,893	17	,051

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

percepção	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Apoio Ligeira	,097	22	,200*	,975	22	,814
Moderada	,126	29	,200*	,952	29	,206
Severa	,128	23	,200*	,967	23	,620

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Dimensão "Mobilização do Apoio Formal" do F-COPES

Tests of Normality

gênero	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MAF M	,135	58	,010	,956	58	,035
F	,090	109	,030	,965	109	,005

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

parentes	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MAf pai	,133	52	,023	,965	52	,126
mãe	,085	86	,186	,966	86	,024
outras co	,142	29	,138	,930	29	,054

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Estado Civil	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MAF solteiro	,126	19	,200*	,931	19	,180
casado	,100	127	,003	,970	127	,007
outras situ	,122	21	,200*	,919	21	,081

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Habilitacoes	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MAf < ou = 4º and	,107	91	,012	,951	91	,002
6º - 12º anos	,115	54	,072	,964	54	,102
ensino médic	,160	21	,173	,950	21	,344

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

religiao	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MAF não	,112	11	,200*	,988	11	,995
sim cató	,099	152	,001	,962	152	,000

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

ECV	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MAf De "Casal s						
Filhos a Far	,136	35	,101	,966	35	,348
Filhos Adole						
Família Lan	,153	65	,001	,950	65	,011
"Ninho Vazi						
Família na f	,133	60	,010	,950	60	,016

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Nivel0	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MAF baixo	,116	99	,002	,948	99	,001
médio/el	,118	68	,020	,972	68	,125

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

impacto p	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MAf Muito frac	,197	6	,200*	,931	6	,586
2	,202	12	,192	,924	12	,321
3	,174	26	,040	,910	26	,027
4	,108	23	,200*	,959	23	,436
Muito forte	,101	21	,200*	,962	21	,562

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

percepção g	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
MAf Ligeira	,148	19	,200*	,920	19	,115
Moderada	,131	38	,100	,956	38	,135
Severa	,121	26	,200*	,956	26	,318

*.This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Dimensão "Avaliação Passiva" do F-COPES

Tests of Normality

gênero	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AP M	,141	59	,005	,949	59	,015
F	,086	116	,036	,977	116	,042

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

parentesco	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AP pai	,137	53	,014	,956	53	,050
mãe	,113	91	,006	,971	91	,042
outras con	,109	31	,200*	,957	31	,240

*This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Estado Civil	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AP solteiro	,160	19	,200*	,930	19	,170
casado	,106	129	,001	,972	129	,008
outras situa	,130	27	,200*	,952	27	,242

*This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Habilitação	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AP < ou = 4º ano	,105	92	,014	,960	92	,006
6º - 12º ano	,080	59	,200*	,979	59	,409
ensino médio	,169	22	,101	,963	22	,545

*This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

religiao	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AP não	,145	14	,200*	,940	14	,419
sim cató	,094	158	,002	,975	158	,006

*This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

ECV	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AP De "Casal se Filhos a Fam Filhos Adole	,114	39	,200*	,978	39	,629
Família Lanç	,140	64	,003	,956	64	,024
"Ninho Vazid Família na R	,089	64	,200*	,970	64	,118

*This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

Nível	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AP baixo	,123	106	,000	,964	106	,006
médio/ele	,124	69	,010	,968	69	,077

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

impacto pr	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AP Muito fraco	,149	6	,200*	,977	6	,938
2	,105	14	,200*	,975	14	,937
3	,158	27	,084	,946	27	,175
4	,156	24	,136	,961	24	,449
Muito forte	,266	21	,000	,800	21	,001

*This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Tests of Normality

percepção gra	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AP Ligeira	,103	21	,200*	,974	21	
Moderada	,133	40	,071	,972	40	
Severa	,166	26	,063	,924	26	

*This is a lower bound of the true significance.

^aLilliefors Significance Correction

Anexo XII - Homogeneidade das Distribuições

Qualidade de Vida – Total

Sexo

Test of Homogeneity of Variances

QVTotalP			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,005	1	104	,942

Estado civil

Test of Homogeneity of Variances

QVTotalP			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,431	2	103	,651

Religião

Test of Homogeneity of Variances

QVTotalP			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,039	1	102	,844

Nível sócio-económico

Test of Homogeneity of Variances

QVTotalP			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,142	1	104	,707

Percepção da gravidade da doença crónica

Test of Homogeneity of Variances

QVTotalP			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,109	2	93	,896

Parentesco

Test of Homogeneity of Variances

QVTotalP			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,804	2	103	,450

Habilitações literárias

Test of Homogeneity of Variances

QVTotalP			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,942	2	101	,393

Etapa do Ciclo Vital

Test of Homogeneity of Variances

QVTotal2			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,174	2	100	,841

Percepção do impacto da doença crónica na família

Test of Homogeneity of Variances

QVTotalP			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,984	4	100	,420

Dimensão “Saúde” do Qualidade de Vida

Sexo

Test of Homogeneity of Variances

QVsaude			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,116	1	168	,734

Estado civil

Test of Homogeneity of Variances

QVsaude			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,753	2	167	,067

Religião

Test of Homogeneity of Variances

QVsaude			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,713	1	164	,400

Nível sócio-económico

Parentesco

Test of Homogeneity of Variances

QVsaude			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,663	2	167	,517

Habilitações literárias

Test of Homogeneity of Variances

QVsaude			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,291	2	165	,278

Etapa do Ciclo Vital

Test of Homogeneity of Variances

QVsaudeT			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,639	2	160	,529

Percepção do impacto da doença crónica na

Test of Homogeneity of Variances

QVSaude			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
4,619	1	168	,033

Percepção da gravidade da doença crónica

Test of Homogeneity of Variances

QVSaude			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,517	2	157	,598

FILE – TotalSexo

Test of Homogeneity of Variances

FileT			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,223	1	90	,638

Estado civil

Test of Homogeneity of Variances

FileT			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,435	2	89	,649

Religião

Test of Homogeneity of Variances

FileT			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,115	1	89	,736

Nível sócio-económico

Test of Homogeneity of Variances

FileT			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,000	1	90	,995

Percepção da gravidade da doença crónica

Test of Homogeneity of Variances

FileT			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,806	2	80	,171

F-COPES – TotalSexo

Test of Homogeneity of Variances

FcopesT			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,157	1	125	,693

Estado civilfamília

Test of Homogeneity of Variances

QVSaude			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,478	4	164	,211

Parentesco

Test of Homogeneity of Variances

FileT			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,776	2	89	,463

Habilitações literárias

Test of Homogeneity of Variances

FileT			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,886	2	87	,416

Etapa do Ciclo Vital

Test of Homogeneity of Variances

FileTotal2			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,009	2	85	,140

Percepção do impacto da doença crónica na família

Test of Homogeneity of Variances

FileT			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,588	4	85	,185

Test of Homogeneity of Variances

FcopesT			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,160	2	124	,853

Religião

Test of Homogeneity of Variances

FcopesT			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,953	1	123	,331

Nível sócio-económico

Test of Homogeneity of Variances

FcopesT			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,540	1	125	,217

Percepção da gravidade da doença crónica

Test of Homogeneity of Variances

FcopesT			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
5,247	2	113	,007

Test of Homogeneity of Variances

FcopesT			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,667	2	123	,193

Etapa do Ciclo Vital

Test of Homogeneity of Variances

FCTotal2			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,561	2	118	,572

Percepção do impacto da doença crónica na família

Test of Homogeneity of Variances

FcopesT			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,187	4	120	,320

Dimensão "Aquisição de Apoio Social", do F-COPESSexo

Test of Homogeneity of Variances

AAS			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,346	1	175	,557

Estado civil

Test of Homogeneity of Variances

AAS			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,862	2	174	,424

Religião

Test of Homogeneity of Variances

AAS			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,015	1	171	,903

Nível sócio-económico

Test of Homogeneity of Variances

AAS			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,062	1	175	,304

Percepção da gravidade da doença crónica

Test of Homogeneity of Variances

AAS			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3,582	2	161	,030

Parentesco

Test of Homogeneity of Variances

AAS			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,119	2	174	,888

Habilitações literárias

Test of Homogeneity of Variances

AAS			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,548	2	172	,081

Etapa do Ciclo Vital

Test of Homogeneity of Variances

AAS			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,076	2	166	,927

Percepção do impacto da doença crónica na família

Test of Homogeneity of Variances

AAS			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,505	4	169	,732

Dimensão “Reenquadramento” do F-COPESSexo**Test of Homogeneity of Variances**

Reenquadramento			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,050	1	174	,823

Estado civil**Test of Homogeneity of Variances**

Reenquadramento			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,128	2	173	,880

Religião**Test of Homogeneity of Variances**

Reenquadramento			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,154	1	170	,695

Nível sócio-económico**Test of Homogeneity of Variances**

Reenquadramento			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,274	1	174	,601

Percepção da gravidade da doença crónica**Test of Homogeneity of Variances**

Reenquadramento			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,792	2	160	,455

Dimensão “Apoio Espiritual” do F-COPESSexo**Test of Homogeneity of Variances**

ApoioEsp			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,074	1	155	,786

Estado civil**Test of Homogeneity of Variances**

ApoioEsp			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,544	2	154	,217

Religião**Test of Homogeneity of Variances**

ApoioEsp			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,152	1	152	,144

Nível sócio-económicoParentesco**Test of Homogeneity of Variances**

Reenquadramento			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,185	2	173	,831

Habilitações literárias**Test of Homogeneity of Variances**

Reenquadramento			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,600	2	171	,550

Etapa do Ciclo Vital**Test of Homogeneity of Variances**

Reenquadramento			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,570	2	166	,567

Percepção do impacto da doença crónica na família**Test of Homogeneity of Variances**

Reenquadramento			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,814	4	168	,518

Parentesco**Test of Homogeneity of Variances**

ApoioEsp			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,425	2	154	,244

Habilitações literárias**Test of Homogeneity of Variances**

ApoioEsp			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,654	2	152	,195

Etapa do Ciclo Vital**Test of Homogeneity of Variances**

ApoioEsp			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,222	2	147	,801

Percepção do impacto da doença crónica na família

Test of Homogeneity of Variances

ApoioEsp			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,492	1	155	,484

*Percepção da gravidade da doença crónica***Test of Homogeneity of Variances**

ApoioEsp			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,106	2	141	,900

Test of Homogeneity of Variances

ApoioEsp			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,675	4	149	,610

Dimensão “Mobilização de Apoio Formal” do F-COPES*Sexo***Test of Homogeneity of Variances**

MAF			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,568	1	165	,452

*Estado civil***Test of Homogeneity of Variances**

MAF			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,538	2	164	,585

*Religião***Test of Homogeneity of Variances**

MAF			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,752	1	161	,187

*Nível sócio-económico***Test of Homogeneity of Variances**

MAF			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,689	1	165	,196

*Percepção da gravidade da doença crónica***Test of Homogeneity of Variances**

MAF			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
4,482	2	153	,013

Dimensão “Avaliação Passiva” do F-COPES*Sexo***Test of Homogeneity of Variances**

AP			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,020	1	173	,888

*Estado civil**Parentesco***Test of Homogeneity of Variances**

MAF			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,074	2	164	,929

*Habilitações literárias***Test of Homogeneity of Variances**

MAF			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,399	2	163	,094

*Etapa do Ciclo Vital***Test of Homogeneity of Variances**

MAF			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3,428	2	157	,035

*Percepção do impacto da doença crónica na família***Test of Homogeneity of Variances**

MAF			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,129	4	160	,345

*Habilitações literárias***Test of Homogeneity of Variances**

AP			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,760	2	172	,469

*Parentesco***Test of Homogeneity of Variances**

AP			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,760	2	172	,469

Habilitações literárias

Test of Homogeneity of Variances

AP

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,023	2	172	,977

Religião

Test of Homogeneity of Variances

AP

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,211	1	170	,646

Nível sócio-económico

Test of Homogeneity of Variances

AP

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
4,929	1	173	,028

Percepção da gravidade da doença crónica

Test of Homogeneity of Variances

AP

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,753	2	159	,472

Test of Homogeneity of Variances

AP

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,519	2	170	,596

Etapa do Ciclo Vital

Test of Homogeneity of Variances

AP

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,521	2	164	,595

Percepção do impacto da doença crónica na família

Test of Homogeneity of Variances

AP

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,059	4	167	,088

Anexo XIII – Resultados do teste de Fisher-LSD

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of QVTotal2
LSD

(I) EstadoCivil0	(J) EstadoCivil0	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
solteiro	casado	4,093103	13,828064	,768	-23,33160	31,51781
	outras situações	26,050000	15,665341	,099	-5,01851	57,11851
casado	solteiro	-4,093103	13,828064	,768	-31,51781	23,33160
	outras situações	21,956897*	8,658629	,013	4,78455	39,12924
outras situações	solteiro	-26,050000	15,665341	,099	-57,11851	5,01851
	casado	-21,956897*	8,658629	,013	-39,12924	-4,78455

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of FileTotal2
LSD

(I) ECV	(J) ECV	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
De "Casal sem Filhos a Família com Filhos Adolescentes"	Família Lançadora	-,358953	7,621199	,963	-15,51194	14,79403
	"Ninho Vazio" + Família na Reforma	18,415179*	7,686653	,019	3,13205	33,69830
Família Lançadora	De "Casal sem Filhos a Família com Filhos Adolescentes"	,358953	7,621199	,963	-14,79403	15,51194
	"Ninho Vazio" + Família na Reforma	18,774131*	6,005893	,002	6,83281	30,71546
"Ninho Vazio" + Família na Reforma	De "Casal sem Filhos a Família com Filhos Adolescentes"	-18,415179*	7,686653	,019	-33,69830	-3,13205
	Família Lançadora	-18,774131*	6,005893	,002	-30,71546	-6,83281

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of FCTotal2
LSD

(I) percepção grav. doença	(J) percepção grav. doença	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Ligeira	Moderada	-8,372384	7,984989	,297	-24,19209	7,44732
	Severa	-23,792045*	8,548186	,006	-40,72754	-6,85655
Moderada	Ligeira	8,372384	7,984989	,297	-7,44732	24,19209
	Severa	-15,419662	8,412307	,069	-32,08596	1,24664
Severa	Ligeira	23,792045*	8,548186	,006	6,85655	40,72754
	Moderada	15,419662	8,412307	,069	-1,24664	32,08596

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of AAS

LSD

(I) impacto doença	(J) impacto doença	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Muito fraco	2	-23,182692	13,273090	,083	-49,38510	3,01972
	3	-35,132692*	11,803386	,003	-58,43376	-11,83162
	4	-38,743407*	13,015592	,003	-64,43749	-13,04932
	Muito forte	-39,438645*	14,749330	,008	-68,55530	-10,32199
2	Muito fraco	23,182692	13,273090	,083	-3,01972	49,38510
	3	-11,950000	11,004314	,279	-33,67362	9,77362
	4	-15,560714	12,295553	,207	-39,83337	8,71194
	Muito forte	-16,255952	14,117994	,251	-44,12629	11,61439
3	Muito fraco	35,132692*	11,803386	,003	11,83162	58,43376
	2	11,950000	11,004314	,279	-9,77362	33,67362
	4	-3,610714	10,692317	,736	-24,71842	17,49699
	Muito forte	-4,305952	12,746088	,736	-29,46801	20,85611
4	Muito fraco	38,743407*	13,015592	,003	13,04932	64,43749
	2	15,560714	12,295553	,207	-8,71194	39,83337
	3	3,610714	10,692317	,736	-17,49699	24,71842
	Muito forte	-,695238	13,876183	,960	-28,08822	26,69774
Muito forte	Muito fraco	39,438645*	14,749330	,008	10,32199	68,55530
	2	16,255952	14,117994	,251	-11,61439	44,12629
	3	4,305952	12,746088	,736	-20,85611	29,46801
	4	-,695238	13,876183	,960	-26,69774	28,08822

* The mean difference is significant at the .05 level.

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of AAS

LSD

(I) percepção grav. doença	(J) percepção grav. doença	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Ligeira	Moderada	-18,395456	9,370115	,051	-36,89964	-,10872
	Severa	-29,269832*	10,081114	,004	-49,17810	-9,36157
Moderada	Ligeira	18,395456	9,370115	,051	-,10872	36,89964
	Severa	-10,874376	9,932403	,275	-30,48897	8,74021
Severa	Ligeira	29,269832*	10,081114	,004	9,36157	49,17810
	Moderada	10,874376	9,932403	,275	-8,74021	30,48897

* The mean difference is significant at the .05 level.

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of ApoioEsp

LSD

(I) EstadoCivil0	(J) EstadoCivil0	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
solteiro	casado	-31,808454*	11,214320	,005	-53,96221	-9,65470
	outras situações	-15,305556	13,794789	,269	-42,55700	11,94589
casado	solteiro	31,808454*	11,214320	,005	9,65470	53,96221
	outras situações	16,502899	9,928534	,099	-3,11080	36,11660
outras situações	solteiro	15,305556	13,794789	,269	-11,94589	42,55700
	casado	-16,502899	9,928534	,099	-36,11660	3,11080

* The mean difference is significant at the .05 level.

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of ApoioEsp

LSD

(I) Habilitacoes0	(J) Habilitacoes0	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
< ou = 4º anos	6º - 12º anos	19,036376*	7,756112	,015	3,71267	34,36008
	ensino médio/superior	19,356092	1,825993	,104	-4,00845	42,72064
6º - 12º anos	< ou = 4º anos	-19,036376*	7,756112	,015	-34,36008	-3,71267
	ensino médio/superior	,319717	2,366559	,979	-24,11282	24,75225
ensino médio/superior	< ou = 4º anos	-19,356092	1,825993	,104	-42,72064	4,00845
	6º - 12º anos	-,319717	2,366559	,979	-24,75225	24,11282

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of MAF

LSD

(I) impacto doença	(J) impacto doença	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Muito fraco	2	-29,348958*	12,699771	,022	-54,42976	-4,26816
	3	-23,860119*	11,474344	,039	-46,52082	-1,19942
	4	-44,579657*	12,538668	,000	-69,34229	-19,81702
	Muito forte	-38,205044*	14,442231	,009	-66,72703	-9,68306
2	Muito fraco	29,348958*	12,699771	,022	4,26816	54,42976
	3	5,488839	10,422090	,599	-15,09376	26,07144
	4	-15,230699	11,583506	,190	-38,10698	7,64558
	Muito forte	-8,856086	13,621213	,517	-35,75664	18,04447
3	Muito fraco	23,860119*	11,474344	,039	1,19942	46,52082
	2	-5,488839	10,422090	,599	-26,07144	15,09376
	4	-20,719538*	10,225164	,044	-40,91323	-,52585
	Muito forte	-14,344925	12,486546	,252	-39,00462	10,31477
4	Muito fraco	44,579657*	12,538668	,000	19,81702	69,34229
	2	15,230699	11,583506	,190	-7,64558	38,10698
	3	20,719538*	10,225164	,044	,52585	40,91323
	Muito forte	6,374613	13,471134	,637	-20,22955	32,97878
Muito forte	Muito fraco	38,205044*	14,442231	,009	9,68306	66,72703
	2	8,856086	13,621213	,517	-18,04447	35,75664
	3	14,344925	12,486546	,252	-10,31477	39,00462
	4	-6,374613	13,471134	,637	-32,97878	20,22955

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of AP

LSD

(I) EstadoCivil0	(J) EstadoCivil0	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
solteiro	casado	-28,407589*	12,222367	,021	-52,53273	-4,28244
	outras situações	-36,716374*	14,894171	,015	-66,11527	-7,31748
casado	solteiro	28,407589*	12,222367	,021	4,28244	52,53273
	outras situações	-8,308786	10,526444	,431	-29,08643	12,46886
outras situações	solteiro	36,716374*	14,894171	,015	7,31748	66,11527
	casado	8,308786	10,526444	,431	-12,46886	29,08643

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of AP

LSD

(I) Habilitacoes0	(J) Habilitacoes0	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
< ou = 4º anos	6º - 12º anos	15,172347	8,304438	,069	-1,22075	31,56545
	ensino médio/superior	31,070652*	1,816500	,009	7,74468	54,39662
6º - 12º anos	< ou = 4º anos	15,172347	8,304438	,069	-31,56545	1,22075
	ensino médio/superior	15,898305	2,437895	,203	-8,65431	40,45092
ensino médio/superior	< ou = 4º anos	31,070652*	1,816500	,009	-54,39662	-7,74468
	6º - 12º anos	15,898305	2,437895	,203	-40,45092	8,65431

* The mean difference is significant at the .05 level.