



Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

UC/FPCE 2018

**Impacto do *Coping* Diádico no Ajustamento Mútuo  
conjugal em contexto de Doença Crónica no sistema  
filial**

Marisa de Jesus Bártolo (e-mail: [tesemestrado201718@gmail.com](mailto:tesemestrado201718@gmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, área de  
especialização em Psicoterapia Sistémica e familiar, sob a  
orientação da Professora Doutora Maria Madalena Santos Torres  
Veiga de Carvalho

## **Impacto do *Coping* Diádico no Ajustamento Mútuo conjugal em contexto de Doença Crónica no sistema filial**

Resumo: Viver com doença crónica no sistema filial acarreta alterações no dia-a-dia dos indivíduos e da família, tendo impacto, também, na relação de conjugalidade. O presente estudo pretende explorar algumas dessas influências ao nível do *Coping* Diádico (ICD) e Ajustamento Mútuo (DAS).

Foi recolhida uma amostra no total de 122 sujeitos onde todos têm, no sistema filial, pelo menos um dependente com doença crónica. Foi aplicado um protocolo constituído por um questionário de dados sociodemográficos e complementares e as versões portuguesas do Inventário de *Coping* Diádico - no original: *Dyadic Coping Inventory* (DCI) – adaptação e validação portuguesa realizada por Vedes, Lind e Ferreira (2011) e a Escala de Ajustamento Mútuo – no original: *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) - versão adaptada e validada por Lourenço e Relvas (2003).

Os resultados sugerem que o *coping* diádico tem impacto positivo no ajustamento mútuo conjugal, em contexto da doença crónica no sistema filial, nas dimensões consenso mútuo, coesão mútua, satisfação mútua e a expressividade afetiva.

Assim, justifica-se a criação de programas de prevenção e intervenção com o objetivo de reforçar e desenvolver estratégias de *coping* diádico com impacto no ajustamento mútuo conjugal, em contexto de doença crónica no sistema filial.

Palavras-chave: conjugalidade; doença crónica; DCI; DAS; sistema filial.

## **Impact of Dyadic Coping on marital Dyadic Adjustment, in Context of Chronic Disease in the filial system**

Resume: Living with a chronic disease in the filial system causes changes in daily lives of individuals and their families, with an impact also in the relationship of conjugality. This study as the intent to explore some of those influences at the level of Dyadic Coping (ICD) and Dyadic Adjustment (DAS).

A sample of 122 subjects was collected, that , in the filial sistem, at least one dependente with a chronic disease. It was applied a protocol consisting of a sociodemographic and complementary questionnaire and the Portuguese versions of the ICD were use - in the original: Dyadic Coping Inventory - portuguese adaptation and validation performed by Vedes, Lind and Ferreira (2011), and of the Dyadic Adjustment Scale (DAS), version adapted and validated by Lourenço and Relvas (2003).

The results suggest that the dyadic coping has a positive impact on the conjugal dyadic adjustment, in context of chronic disease in the filial system, in the mutual consensus, mutual cohesion, mutual satisfaction and affective expressiveness dimensions.

Therefore, it is justified to create prevention and intervention programs with the purpose of reinforcing and developing strategies of dyadic coping with impact on the marital dyadic adjustment, in the context of chronic disease in the filial system.

Key Words: conjugality; chronic disease; DCI; DAS; filial system.

## Agradecimentos

*“Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes. Mas saber ver em cada pessoa, aquele algo que a define como especial, um objeto singular, um amigo – é fundamental. Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas, é mais preciso ainda”.*

*(Antoine de Saint-Exupéry)*

Concluído este estudo apraz-me agradecer a todos aqueles que, de inúmeras formas, tornaram esta “maratona” possível, incentivando-me ao longo da dura “caminhada”, dando-me a “mão” e ajudando-me, essencialmente, a recuperar energias e a ir em frente, em busca do meu sonho, pois, como dizem os nossos poetas “É pelo sonho que vamos”<sup>1</sup> e “o sonho comanda a vida”<sup>2</sup>.

Sendo impossível enquadrar, neste espaço, todos esses “companheiros” desta “maratona”, destaco um especial agradecimento:

À Professora Doutora Maria Madalena Santos Torres Veiga de Carvalho, orientadora da dissertação, agradeço todo o apoio, toda a partilha de conhecimento, pautado por um elevado e rigoroso nível científico e visão crítica, que foram fatores determinantes para o aperfeiçoamento e realização desta tese e que me levou a acreditar que eu seria capaz de chegar à meta desejada. Ser-lhe-ei sempre muito grata.

Ao Professor Doutor Bruno Cecílio de Sousa, pela partilha do seu inmensurável saber e pela permanente disponibilidade para explicar estatística, passo a passo, a quem tão pouco sabia. A ele toda a minha gratidão e reconhecimento.

A cada um dos meus colegas deste mestrado, um enorme Obrigada pelo companheirismo e cooperação, o que contribuiu para reforçar a minha aprendizagem.

À Sr.<sup>a</sup> Dona Maria do Céu Amaral, proprietária da Instituição onde trabalho, toda a minha consideração e apreço, por me ter permitido usufruir, sem rodeios nem evasivas, do estatuto trabalhadora-estudante.

Presto especial homenagem, a todos aqueles que aceitaram participar neste estudo. A eles, todo o meu apreço e profunda gratidão, por me terem permitido entrar um pouco mais nas suas vidas e com eles ir mais além, tornando possível a realização deste trabalho.

---

<sup>1</sup> Sebastião da Gama.

<sup>2</sup> António Gedeão.

Mas a minha gratidão vai para além do contexto profissional e académico. Pois é na família e nos amigos que (re)encontro o conforto, a paz, o estímulo, para prosseguir e reinventar-me nos desafios permanentes da vida.

Por isso:

À minha amiga Raquel, pelo acolhimento semanal, permitindo-me, assim, recarregar energias (após longas viagens) e ir de “cabeça fresca” para as reuniões de mestrado, expresso a minha gratidão por toda a cumplicidade e generosidade.

À minha amiga Tixa, por partilhar angústias e dúvidas, estendendo a sua mão amiga nos momentos difíceis. Obrigada pelo apoio incondicional. Os amigos são a família que escolhemos.

Ao Rui, um imensurável Bem-Haja por abdicar da minha atenção e presença, sempre que precisei de me dedicar intensamente à realização deste trabalho. Obrigada por me dizer em cada dia de exaustão: “Amanhã é um novo dia. Vais conseguir!”, fazendo-me acreditar, que a amizade e amor andam de mãos dadas.

À minha irmã, pela âncora que é (e sempre foi) na minha vida, por me ter incentivado a sair (algumas vezes) para “arejar” a cabeça e descontraír, “oxigenando”, assim, o meu ânimo para prosseguir esta “maratona”. Para ela, o meu maior apreço e agradecimento.

Ao meu Kiko, simplesmente porque é ele a minha fonte de recarregamento motivacional e de tudo o que há de melhor. Pela pureza que acarretam os seus 10 anos e pela beleza do sentimento de ser “Titi”.

Por último, dirijo um agradecimento especial aos meus pais, por serem os meus modelos de vida, pelo apoio permanente e incondicional na superação dos obstáculos que ao longo desta “maratona” foram surgindo.

A eles, dedico todo este trabalho!

## Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>I – Enquadramento conceptual .....</b>	<b>2</b>
1.1. Conjugalidades.....	2
1.2. Filiação dependente do agregado familiar .....	5
1.3. Conjugalidade e <i>Coping</i> Diádico .....	6
1.4. Impacto na Conjugalidade da Doença crónica no sistema filial .....	10
<b>II - Objetivos .....</b>	<b>11</b>
<b>III - Metodologia.....</b>	<b>12</b>
3.1. Amostra.....	12
3.1.1. Critérios de amostragem, recolha da amostra e procedimentos .....	12
3.1.2. Caracterização da amostra .....	13
3.2. Instrumentos de avaliação.....	17
3.2.1. Questionário Sociodemográfico e de Dados Complementares .....	17
3.2.2. Escala de Ajustamento Mútuo .....	17
3.2.3. Inventário de <i>Coping</i> Diádico .....	19
3.3. Procedimentos estatísticos .....	20
<b>IV - Resultados.....</b>	<b>21</b>
<b>V - Discussão .....</b>	<b>25</b>
<b>VI - Conclusões .....</b>	<b>28</b>
<b>VII - Bibliografia .....</b>	<b>29</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>34</b>

## Introdução

A temática da conjugalidade tem sofrido, ao longo dos últimos anos, novas visões no que diz respeito à sua definição e à sua visão no mundo atual. Porém, não existem muitas investigações que se reportem aos cônjuges e à sua forma de ser e estar na própria relação.

Sabe-se, contudo, que a conjugalidade é algo extremamente rico e complexo e, segundo Alarcão (2006) a mesma balanceia entre a estabilidade e a mudança, entre a segurança e a novidade (Perel, 2008). Deste modo, é exigido ao casal que consiga negociar a vida a dois e tome decisões que possam acarretar ganhos e perdas (Singly, 2000 citado por Aboim, 2006).

A família desempenha um papel essencial na promoção da saúde e na doença. Ter um filho com doença crónica representa um fator de *stress* com um impacto sério na família (Kazak, 1989), o que leva a que os pais, segundo várias investigações, experienciem mais *stress*, comparativamente a pais com crianças consideráveis saudáveis (Santos, 1994). Assim, para além das alterações que a conjugalidade exige a cada um dos indivíduos, esta condição acarreta ainda outras exigências e mudanças e novas readaptações (Johnson, 1985).

Deste modo, pretendemos compreender toda a complexidade que uma relação entre cônjuges acarreta, aliado à doença crónica dos filhos e, simultaneamente, perceber de que forma estes casais ultrapassam as dificuldades sentidas. É neste âmbito que surge este estudo, em que se pretende averiguar o hipotético impacto do *Coping* Diádico no Ajustamento Mútuo conjugal em contexto de doença crónica no sistema filial.

## I – Enquadramento conceptual

### 1.1 Conjugalidades

No mundo contemporâneo, a ideia de casal assume diversas formas, o que faz com que a sua definição seja complexa. Segundo Lourenço (2006), o casal é a base da construção de uma família, composta por dois elementos que vão evoluindo enquanto sistemas individuais e, concomitantemente, enquanto subsistema casal. É um sistema complexo e paradoxal que nos conta uma história única, afirma ainda a mesma autora. Para Relvas (como citado em Lourenço, 2006), o casal surge quando duas pessoas “se comprometem numa relação que pretendem se prolongue no tempo”, assumindo “o desejo de viverem juntas”. Segundo Perel (2008), o casamento pode-se referir a compromissos emocionais duradouros e não ao que estamos habituados como sendo um estatuto legal. Assim, a mesma autora (2017) afirma que, nos dias que correm poderemos estar perante um casal sem nunca ter havido casamento, ou mesmo, sem que estes vivam juntos. Devido às mudanças sentidas, as relações amorosas procuram no outro uma âncora sólida e firme, e que nos permita experienciar vivências “para lá da nossa vida banal”, conciliando o que é seguro e previsível e o que é misterioso e assustador (Perel, 2008).

Neste sentido, a conjugalidade parte então da ideia do compromisso.

Para Sousa (2006) o construto *conjugalidade* é definido como sendo a díade conjugal, constituindo-se, assim, um espaço de apoio ao desenvolvimento da família. “É com a formação do casal que tudo tem início. Assim, quando dois indivíduos se comprometem com uma relação estável e duradoura, complementam-se e adaptam-se reciprocamente de modo a constituir um modelo de funcionamento conjugal. Este modelo resulta inicialmente da integração do modelo de conjugalidade construído nas famílias de origem”, afirma o mesmo autor (Sousa, 2006, p.42).

A conjugalidade apoia-se na construção de uma realidade comum, onde cada elemento do casal vai reconstruir a sua identidade e a sua individualidade, com base nas referências estabelecidas por ambos. Deste modo, cria-se a possibilidade de construir uma identidade conjugal, ou seja, forma-se a identidade do casal (Berger & Kellner, 1964). A definição sobre a realidade de cada um dos cônjuges deve estar relacionada de forma contínua com as definições do outro, passando então a fazer parte de quase todos os aspetos da vida quotidiana (Berger & Kellner, 1964).

Para Dessen e Braz (2005, como citado em Scorsolini-Comin e Santos, 2010), o relacionamento marital tem sido apontado, em anos recentes, como um fator de grande influência para a qualidade de vida das famílias, especialmente no que diz respeito às relações que os pais e mães mantêm com os seus filhos.

O relacionamento conjugal (e conseqüentemente a conjugalidade) está associado à saúde e qualidade de vida, principalmente nos anos de maturidade e velhice, embora não signifique sempre que um casamento que perdure seja necessariamente um casamento feliz para os cônjuges.



De qualquer modo, a conjugalidade é fundamental para o bem-estar psicológico e social dos indivíduos (Scorsolini-Comin & Santos, 2010).

Franck-Lynch (1986, como citado em Relvas, 1996) postula a existência de três fases no ciclo de vida de um casal, sendo estas separadas por dez anos de vida em comum. As fases em questão são as seguintes:

1. **Fase de fusão:** este primeiro momento no ciclo de vida de um casal em que existe a fusão de duas pessoas diferentes num novo sistema, o sistema conjugal. Esta fase exige um grande investimento na relação, verificando-se um maior fechamento do sistema conjugal ao exterior e também um distanciamento maior a outras ligações afetivas, nomeadamente à família de origem;
2. **Fase da Autonomia:** caracterizada pelo retorno ao “tu” e ao “eu”, remetendo para a tomada de decisões, para a rotina e o aborrecimento que eventualmente surge e, muitas vezes, associados a ansiedade sentida e manifestada. Esta é uma altura muito marcada por desentendimentos;
3. **Fase da Empatia:** os membros do casal já se tornaram mais independentes e autónomos, verificando-se assim a existência de uma relação conjugal mais livre. Nesta etapa as diferenças são valorizadas e os cônjuges passam a aceitar as fraquezas e imperfeições do outro, caracterizando assim a relação como sendo viável e estável.

Mais recentemente, Lourenço (2006) realizou um estudo empírico, tentando identificar as diferentes fases pelas quais o casal passa ao longo do seu ciclo vital. Com essa investigação propôs as seguintes fases: 0-3 anos - idealização; 4-10 anos - do estremecimento ao terramoto; 11-19 anos - empatia ou reaproximação; igual ou superior a 20 anos- questionamento; igual ou superior a 27/29 anos - companheirismo. Como se constata, só nalguns aspetos vai ao encontro das ideias apresentadas por Franck-Lynch (1986, como citado em Relvas, 1996), uma vez que, entre os 4 e os 7 anos, descreve a existência de uma maior abertura ao exterior (iniciando a fase de diferenciação). A mesma autora defende, igualmente, que dos 7 aos 10 anos há a predominância de rotina, aborrecimento e ansiedade.

Estas concetualizações permitem-nos compreender a conjugalidade como algo dinâmico ao longo da vida do casal, o que nos fornece dados subjacentes à *satisfação conjugal* e *ajustamento conjugal*, tema do presente estudo.

Consideramos relevante mencionar estas diferentes fases (tendo por base autores distintos), uma vez que, no estudo empírico realizado na presente dissertação, importa compreender a influência do *coping* diádico no ajustamento conjugal, quando no sistema filial existe diagnóstico de uma doença crónica, e de acordo com a etapa em que o casal está, ou se é mais notório/evidente em determinada fase.

Associado à conjugalidade, aparece também outro construto não menos importante: a *satisfação conjugal*, relacionada a sentimentos de prazer, de bem-estar e de felicidade na vida em geral, sendo, por isso, um

fator essencial para a relação conjugal (Narciso,1994/95).

De acordo com Norgren e colaboradores (2004), a satisfação conjugal, apesar de essencial, é um fenómeno muito complexo, visto que nela interferem diversas variáveis, sendo que a maior parte se relaciona com o facto da união se transformar ao longo do ciclo de vida familiar. Entre as variáveis que interferem na satisfação conjugal destacam-se: características de personalidade, valores, atitudes e necessidades, sexualidade, momento do ciclo da vida familiar, presença de filhos, nível de escolaridade, nível socioeconómico, nível cultural, trabalho remunerado e experiência sexual anterior ao casamento.

A satisfação conjugal implica que as próprias necessidades e desejos sejam satisfeitas, mas também que as expectativas do outro sejam correspondidas, definindo-se assim um dar e receber recíproco e espontâneo. À satisfação conjugal estão associadas sensações e sentimentos de bem-estar, contentamento, companheirismo, afeição e segurança, fatores estes que potenciam a intimidade no relacionamento, acompanhando desta forma as aspirações que os elementos do casal têm relativamente aos objetivos comuns da sua relação (Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt, & Sharlin, 2004).

Pires (2008) considera que a satisfação pessoal corresponde a uma avaliação pessoal e subjetiva que cada elemento do casal e o casal num todo faz relativamente à sua relação. Ou seja, cada um dos elementos do casal expressa a sua opinião relativamente a si e ao seu cônjuge e também relativamente ao desempenho de ambos na relação e se está ou não satisfeito. Esta é uma avaliação subjetiva, uma vez que cada um dos indivíduos tem os seus próprios critérios pessoais e as suas próprias definições do que pode considerar de satisfação, o que significa que um dos cônjuges pode estar satisfeito e outro não.

Segundo a análise realizada por Narciso e Costa (2002), esta temática revela que a satisfação e a insatisfação conjugal não são dois pólos opostos da mesma dimensão, mas duas dimensões que coexistem e se relacionam, visto que a conjugalidade é caracterizada por momentos positivos e por momentos negativos, fazendo com que a satisfação conjugal não se defina apenas como a ausência de insatisfação no casamento.

São inúmeros os prejuízos diretos e indiretos, tanto para os cônjuges, como para os seus filhos, provocados por uma relação conjugal insatisfatória (Dessen & Braz, 2005, como citado em Scorsolini-Comin & Santos, 2010). As principais consequências associadas à insatisfação conjugal (originando muitas vezes situações de rutura e separação) incluem o aumento do risco dos cônjuges apresentarem psicopatologias, de estarem envolvidos em acidentes automobilísticos, de exposição à incidência de doenças físicas, de cometerem suicídio, homicídio ou outros atos de violência, de mortalidade em função de doenças em geral, entre outras (Dessen & Braz, 2005, como citado em Scorsolini-Comin & Santos, 2010).

## 1.2 Filiação dependente do agregado familiar

Etimologicamente “filiação” deriva da palavra latina *filatio*, utilizada para distinguir a relação de parentesco estabelecida entre as pessoas que conceberam uma vida e o novo ser (Dicionário da Língua Portuguesa, 2003/17).

A filiação diz então respeito à ligação de um ser humano a outro a partir do reconhecimento da paternidade ou maternidade do mesmo, ou seja, a ligação do filho com seus pais, seja biologicamente ou por adoção (Oliveira, 2007).

A filiação pode ser considerada biológica e/ou jurídica. Esta diferença não é mais do que a aplicação entre a distinção conhecida entre o “Facto” e o “Direito”, uma vez que a maternidade e a paternidade sempre foram consideradas como factos biológicos, antes dos sistemas jurídicos os reconhecerem, independentemente dos modos de reconhecimento jurídico admitidos, que variaram ao longo do tempo, e que são diferentes mesmo dentro dos sistemas atuais (Oliveira, 2017).

Para além dos fatores biológicos, também os fatores afetivos são tidos em conta quando se fala em filiação, independentemente dos laços de sangue (adoção), desde que se estabeleça legalmente um vínculo entre duas pessoas (Oliveira, 2007).

Para efeitos de integração no agregado familiar, segundo o Decreto-Lei nº 81/2014, art.º 3º, o agregado familiar é entendido como “o conjunto de pessoas que residem em economia comum na mesma habitação e com alguma relação de parentesco (...).”

Pode-se pensar que são poucos os que se consideram dependentes, tendo em conta a variedade de cenários familiares mas, de acordo com a lei portuguesa, o agregado familiar é composto sempre com a mesma base na família nuclear (pais e filhos ou equiparados).

Quando se fala em filiação dependente é também essencial falar de parentalidade. O termo *parentalidade* surge em meados de 1970, com a substituição da designação *paternal* por *parental*, colocando o casal em condição de igualdade relativamente à criação e educação dos filhos (Roudinesco, 2003, como citado em Cunico & Arpini, 2014).

De acordo com Sousa (2006), a parentalidade está relacionada com as funções executivas de proteção, educação e integração na cultura familiar das gerações mais novas. Sabemos que estas funções podem não estar a cargo dos pais biológicos, mas também de outros familiares, como os avós, ou até mesmo outras pessoas que não têm ligação biológica com os filhos, como é o caso dos pais adotivos. No âmbito da parentalidade, Cruz (2005, p. 14) considera as funções seguintes, como sendo as principais:

- “Satisfação das necessidades mais básicas da criança;
- Disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível;
- Necessidades de compreensão cognitiva das realidades fora do núcleo familiar;
- Satisfazer as necessidades de afeto, segurança e confiança;
- Necessidades de interação social da criança. “

Existe a ideia que a parentalidade é algo inato, bastando aos pais a experiência que tiveram como filhos para saberem o que fazer neste novo papel. No entanto, a parentalidade é constituída por vários aspetos culturais, podendo apresentar várias modalidades de acordo com os diferentes grupos sociais. Deste modo, não é instintiva, requerendo um processo de aprendizagem, uma vez que acarreta dúvidas e incertezas na vida dos pais.

O nascimento de um filho implica grandes mudanças para os pais, assistindo-se à adaptação destes a novos papéis, rotinas e responsabilidades, tendo um grande impacto na vida familiar, especialmente na conjugalidade. Por esta razão Relvas (1996) considera que o nascimento do primeiro filho é o momento mais importante no que concerne ao ciclo de vida familiar (dizemos nós, das famílias com filhos) visto que é o ponto em que se transita para uma nova fase da família, com novas dinâmicas, onde as anteriores rotinas vão ser completamente alteradas, na medida em que os pais vão ter que se adaptar às necessidades do bebé, fazendo com que as suas rotinas andem à volta dos horários de alimentação, de dormir, entre outras.

Rivero (2006) considera que o grande desafio para o casal é mesmo viver a parentalidade em pleno, conseguindo adaptar a vida conjugal à nova realidade. A autora salienta que “os elementos do casal irão deparar-se com uma nova imagem de si e do outro, bem como experimentar emoções novas em qualidade e intensidade, sendo que este processo de transformação decorre de forma muito rápida e acompanhada de aprendizagens constantes na prestação dos cuidados ao bebé, com um sentido de responsabilidade muito grande para além de incertezas constantes. Assim, ter um filho implica não só dar vida a um novo ser humano como a um novo casal” (Rivero, 2006, p. 1).

A vivência da parentalidade vai depender proporcionalmente da qualidade da relação que os pais tinham até ao nascimento do filho e também das expectativas que ambos tinham. Passa-se de uma relação baseada na competição para uma relação, necessariamente, baseada na cooperação, sendo que este apoio mútuo é facilitador para ultrapassar o grande *stress* que o casal irá experienciar nesta fase (Rivero, 2006).

É ainda importante falar nas preocupações parentais que, de acordo com Lima (2003), se definem como sendo um conjunto de comportamentos relacionais que ocorrem no momento do nascimento dos filhos e que se prolongam para o resto da vida, com mais ou menos intensidade.

### **1.3 Conjugalidade e *Coping* Diádico**

O relacionamento conjugal, e consequentemente a conjugalidade, não é constante ao longo do ciclo de vida do casal, sendo transformada devido a vários acontecimentos, situações *stressantes* e mudanças que podem influenciar o bem-estar do casal de forma positiva ou negativa (Mussumeci & Ponciano, 2016).

Num casal a gestão de situações *stressantes* da vida muito raramente acontece de forma isolada, visto que as relações de intimidade são caracterizadas pela interdependência entre as pessoas e as estratégias de

*coping*, sendo as experiências de *stress* encaradas segundo a subjetividade de cada um dos elementos do casal (Mussumeci & Ponciano, 2016). Assim, o processo de *coping* diádico possibilita ao casal perceber que existem vários modos para lidar com os momentos de *stress*.

Para melhor compreensão, passemos à definição deste construto. Por *coping* entende-se um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados com o intuito de enfrentar as exigências específicas, internas ou externas, decorrentes de situações *stressantes* que são avaliadas como problemáticas ou angustiantes (Lazarus & Folkman, 1984, como citado em Mussumeci & Ponciano, 2017). Assim, as estratégias de *coping* são ações intencionais, no nível físico e/ou psicológico, que se iniciam aquando um momento de *stress* é percebido (Lazarus & Folkman, 1984, como citado em Mussumeci & Ponciano, 2017). Segundo o mesmo autor estas estratégias partem da permissão de que existe um processo em que se verifica interação entre o sujeito e o seu meio envolvente e têm como objetivo primordial gerir situações de *stress* e não controlar essas mesmas situações. Assim, é crucial que o indivíduo compreenda a situação que é causadora de *stress* e a interprete cognitivamente, realizando, para tal, uma avaliação. Deste modo, existe uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais para que este possa gerir as suas buscas internas e externas aquando a interação com o meio ambiente. Pretende-se que a resposta de *coping* seja objetiva no que concerne à diminuição do *stress*.

O construto *coping diádico* surgiu por volta dos anos 90, quando se começou a investigar a relação entre o *stress* e o *coping* em casais, famílias e comunidades (Bodenmann, 2005).

Bodenmann (1995) apresentou uma conceitualização sistémica-transaccional do *stress* e de mecanismos de *coping* em casais, considerando que o processo de *stress/coping* é percebido como sendo uma troca diádica de ação (sinais de *stress* de um dos cônjuges) à reação (*coping* diádico do outro cônjuge) e de esforços comuns de *coping* diádico.

De acordo com o mesmo autor, o casal é visto como um sistema e o *stress* diádico é definido como sendo um evento ou situação *stressante* que irá sempre preocupar, de forma direta ou indireta, os dois elementos do casal, podendo ser identificados três tipos de eventos *stressantes* em relações conjugais (Bodenmann, 2005): evento *stressante* que preocupa apenas um dos cônjuges; evento *stressante* que afeta diretamente um dos elementos do casal e afeta indiretamente o outro membro do casal e evento *stressante* que afeta o casal como uma unidade.

Bodenmann (2005) faz ainda a distinção entre dois tipos de *stress* diádico: direto e indireto. O *stress* diádico direto ocorre quando ambos os cônjuges são afetados por um elemento *stressante* comum, ao mesmo tempo e a um nível semelhante, apesar de poderem experienciar de modos diferenciados. Já o *stress* diádico indireto refere-se a situações em que apenas um dos cônjuges é ameaçado por uma situação *stressante*, mas o outro e o próprio relacionamento são influenciados pelo comportamento e o

estado emocional do cônjuge *stressado*. O conceito de *stress* diádico demonstra, então, a importância de analisar a díade e a forma como os cônjuges percebem e regulam, conjuntamente, o *stress* e, conseqüentemente, como ocorrem os efeitos observados no relacionamento conjugal.

A função do *coping* diádico está associada à redução do *stress* para ambos os elementos do casal e à melhoria da qualidade do relacionamento. Em situações em que um parceiro enfrenta uma situação de *stress* significativa ou ambos os membros do casal são desafiados por uma situação de *stress* compartilhada, a promulgação de estratégias de *coping* diádico deve ajudar a gerir o sofrimento. Além do seu propósito de redução do *stress*, o *coping* diádico serve para promover uma sensação de solidariedade entre os casais (Bodenmann, 2005). O *coping* diádico é considerado essencial para a qualidade e para o bem-estar do relacionamento, uma vez que promove a confiança mútua, o respeito, o compromisso de relacionamento e a sensação de que o relacionamento é reconfortante e solidário (Bodenmann, 2005). Deste modo, pode-se concluir que as estratégias de *coping* são propositadas, podendo ser aprendidas ou rejeitadas.

A escolha da estratégia de *coping* diádico é influenciada pelas avaliações individuais e diádicas, metas de relacionamento, habilidades individuais (e.g., capacidade de comunicação e resolução de problemas), capacidades motivacionais (e.g., satisfação do relacionamento) e fatores contextuais (Bodenmann & Cina, 2006).

Existem estratégias positivas e negativas de *coping* diádico. De acordo com Bodenmann (2005), as estratégias positivas de *coping* diádico incluem:

- a. *Coping* diádico de suporte: focado no problema ou na emoção, em que um dos elementos do casal ajuda o outro nos seus esforços em lidar com um problema, demonstrando apoio através de atividades de ajuda (e.g., dar conselhos ao parceiro *stressado* ou mostrar empatia);
- b. *Coping* diádico de delegação: geralmente utilizado em situações focadas em problemas onde o elemento menos *stressado* do casal apoia o outro ao assumir algumas das responsabilidades que pertencem ao elemento *stressado* (e.g., assumir as tarefas de casa que são, normalmente, realizadas pelo outro);
- c. *Coping* diádico de partilha: focado nos problemas e nas emoções, implicando que ambos os elementos do casal participem simetricamente ou complementarmente no processo de *coping*, ao levar a cabo ações conjuntas (e.g., o casal partilha sentimentos e tenta relaxar junto).

Bodenmann (2005) realça que, quando um casal se envolve em estratégias de *coping* delegadas, este envolvimento não revela ser um tipo de comportamento altruísta. Quando ambos os membros do casal se envolvem num processo de *coping*, eles garantem a satisfação e o bem-estar do seu companheiro. Ao reduzir o *stress* do outro também reduz as influências negativas que o elemento causador de *stress* pode ter na relação.

Além das estratégias positivas, existem também estratégias negativas de *coping* diádico (Bodenmann, 2005), a saber:

- a. *Coping* diádico hostil: em que o elemento não *stressado* ajuda o outro, mas de uma forma negativa (e.g., o companheiro goza com o elemento *stressado* ou não mostra interesse no que outro sente, minimizando a razão do seu *stress*);
- b. *Coping* diádico ambivalente: quando um dos elementos do casal ajuda o outro de forma involuntária (e.g., quando um dos cônjuges ajuda a resolver o problema, mas vai dizendo que a sua ajuda não era necessária);
- c. *Coping* diádico superficial: consiste em suporte não sincero (e.g., o parceiro faz perguntas e não presta atenção às respostas).

O *coping* diádico contribui para um nível mais elevado de satisfação com a vida e, conseqüentemente, para um melhor funcionamento conjugal, aumentando a satisfação conjugal e individual de ambos os parceiros (Bodenmann & Cinha, 2006). Quanto maior a capacidade do casal para lidar de forma conjunta com o *stress*, maior será a probabilidade de atingir níveis positivos de satisfação conjugal (Bodenmann, 2005).

#### 1.4 Doença Crónica

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) define doença crónica como uma doença de longa duração, que pode ser progressiva, avançada e incurável. Vai desde a doença cardiovascular, diabetes, asma, doença pulmonar crónica obstrutiva (DPOC), mas também a doença oncológica, VIH/SIDA, a doença mental e psiquiátrica e as doenças do sistema osteomuscular.

Rolland (2001) distingue três tipos de doença crónica: progressiva, constante e recorrente/episódica. No primeiro tipo, os sintomas que surgem no indivíduo não se diluem, pelo que, é um tipo de doença que progride de forma rápida, como é o caso da doença de Alzheimer. As doenças consideradas constantes verificam-se quando existe um episódio inicial abrupto e em que a doença provoca no indivíduo défices e/ou limitações (e.g., derrames, enfartes do miocárdio de episódio único). Por último, a doença caracterizada como episódica refere-se à necessidade constante de adaptação, tanto do doente como da família, uma vez que existe uma variação entre períodos estáveis e períodos de agravamento, (e.g., cancro em remissão).

O autor atrás referido salienta, ainda, que estes tipos passam por três fases temporais: fase de crise, fase crónica e fase terminal.

Um outro aspeto fundamental nesta reflexão é o dos custos da doença crónica e, neste âmbito, a Ordem dos Enfermeiros (2010) realça que eles não se limitam apenas aos custos diretos (e.g., custos médicos diretos dos tratamentos e das intervenções cirúrgicas), mas que também se devem ter em conta os custos indiretos, nomeadamente a diminuição da

produtividade laboral, a reforma antecipada, o uso de poupanças e investimentos e venda de bens domésticos para pagar os tratamentos médicos. Além disso, há custos humanos relacionados com a dor, sofrimento e luto dos familiares. Todos estes aspetos não devem, nem podem ser descurados aquando da avaliação da doença crónica.

### **1.5 Impacto na Conjugalidade da Doença Crónica no sistema filial**

Como já foi referido, o nascimento de um filho é um marco importante no ciclo de vida de uma família, dando-se início a uma nova etapa para o casal, que influenciará a conjugalidade. Quando um filho nasce, o casal deposita nele várias esperanças e sonhos e, segundo Gameiro (2002), uma das queixas frequentes quando um casal está em crise reporta-se ao nascimento de um filho que tem uma doença.

O filho com uma doença crónica necessita de apoio da sua família e de outras pessoas próximas do grupo social primário, mas especialmente dos seus pais, sendo eles a sua principal rede de apoio (Vieira & Lima, 2002). A doença passa, então, a “guiar” a vida da criança e da sua família, pois é um processo longo, imprevisível e difícil, com deslocações frequentes, hospitalizações e exames médicos (Vieira & Lima, 2002).

Assim, quando é diagnosticada a doença crónica de um filho, a vida dos pais fica totalmente desorganizada, sendo necessário que estes se reorganizem a si mesmos e à sua conjugalidade, de modo a poderem adequar o mundo ao seu filho, apoiando-o no que for preciso (Nóbrega, Collet, Gomes, Holanda, & Araújo, 2010).

Nesta etapa de vida, os pais passam a desempenhar funções distintas e socialmente definidas, ou seja, é frequente que a mãe passe a dedicar-se o tempo inteiro à criança doente, uma vez que esta precisa de cuidados continuados, o que implica que abdique do seu trabalho profissional, passando o pai a assumir a responsabilidade económica.

Os pais precisam de apoio para saber lidar com a ansiedade, com o sofrimento e com a reorganização das suas vidas. A doença da criança vai alterar profundamente a vida dos pais e da própria criança, exigindo readaptações frente à nova situação e estratégias de *coping* para enfrentar esta realidade. Essas mudanças na vida dos pais estão relacionadas com alterações emocionais dentro da própria relação que os pais têm um com o outro, sendo que o modo como estes se relacionavam até a data pode ter muita influência na forma como ambos enfrentam a situação de doença crónica de um filho (Vieira & Lima, 2002).

No seu trabalho, Silva-Rodrigues e Nascimento (2011) observaram que são várias as mudanças (quer positivas, quer negativas), que ocorrem na vida de casais que se deparam com a doença crónica de um filho.

As mudanças negativas são as mais evidentes, trazendo prejuízos emocionais que alteram a interação e a conjugalidade devido à doença do filho. Outros efeitos negativos são índices mais baixos de satisfação conjugal e índices mais elevados de perturbação nas relações familiares (Silva-Rodrigues & Nascimento, 2011).



Já os casais que vivenciam mudanças positivas são capazes de utilizar estratégias em prol da sua relação, manifestando-se tal como benéfico para a criança. Esses casais são capazes de partilhar com outros as suas experiências e estratégias desenvolvidas no decorrer da doença de seus filhos, tornando-se pilares de ajuda /apoio para outros pais e mães fragilizados pelos danos provocados pela doença da criança (Silva-Rodrigues & Nascimento, 2011).

Neste sentido, as mudanças na conjugalidade são uma realidade neste contexto. Normalmente surge logo após o diagnóstico, podendo-se estender por um longo período de tempo. Essas mudanças estão relacionadas de forma direta com o prognóstico da saúde da criança, isto é, elas poderão aumentar ou atenuar conforme a reação/resposta da criança à doença (Silva-Rodrigues & Nascimento, 2011).

Resumindo, através da revisão da literatura, pudemos constatar que a adaptação dos cônjuges, à doença crónica de um filho, constitui um processo complexo que exige deles a aquisição de competências fundamentais e a reestruturação do seu estilo de vida.

## II - Objetivos

A presente investigação tem como objetivo principal avaliar o impacto na conjugalidade da doença crónica no sistema filial. É nossa pretensão compreender a relação entre a doença crónica e as relações conjugais, com a especificidade daquela surgir no sistema filial. Verificaremos se a dinâmica das relações conjugais, em que no sistema filial existe uma doença crónica, está intimamente ligado com o *coping* percebido por cônjuges.

O objetivo específico deste trabalho é avaliar o grau de influência das variáveis pessoais, do agregado familiar, das doenças dos filhos e do *coping* diádico sobre o Ajustamento Mútuo dos cônjuges.

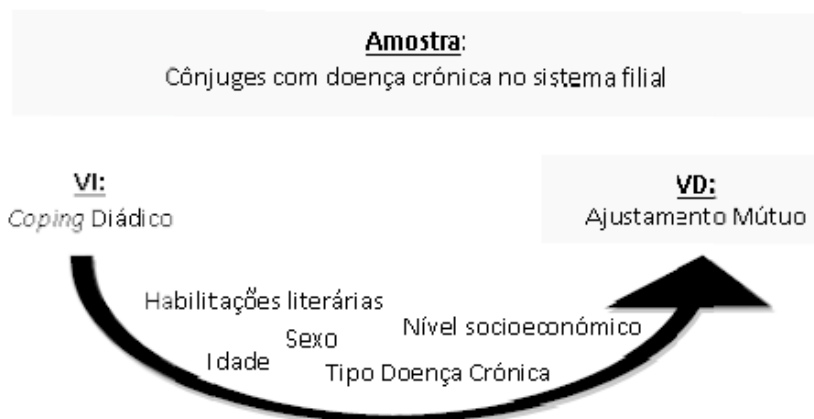


Figura 1 – Modelo conceitual das hipotéticas relações entre as variáveis em estudo

### III - Metodologia

#### 3.1 Amostra

##### 3.1.1 Critérios de amostragem, recolha da amostra e procedimentos de recolha

Os dados desta investigação foram extraídos através da informação resultante de 122 protocolos, entregues diretamente a cônjuges após lhes ter sido explicado o propósito da investigação. Aos participantes, foi ainda esclarecido, verbalmente, o carácter voluntário da sua participação, garantindo-lhes, também, o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos. Todas estas informações estavam explícitas no consentimento informado (CI), que acompanhava os questionários. É de salientar que o CI foi assinado pelos inquiridos, para comprovarem a sua livre vontade na participação do estudo. O CI foi entregue em duplicado, sendo uma das cópias para o participante (ver anexo 1). No final, foi-lhes questionado, também, se conheciam alguém em situação similar.

Foi ainda realizado um pedido de autorização a diversas instituições, nomeadamente, Associação Paralisia Cerebral de Viseu (APCV), Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Viseu (APPDA), Associação de Viseu de Portadores de Trissomia 21 (AVISPT21) e Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV), por lidarem com indivíduos com diagnósticos que interessavam a este estudo (doença crónica/condição permanente) e que viviam no mesmo sistema habitacional dos seus pais. Após contacto telefónico com cada Instituição, foram enviados os respetivos ofícios (via correio e/ou *e-mail*), onde foi descrito o propósito da investigação e solicitada a colaboração (ver anexo 2). As instituições referidas, deram-nos autorização, via telefone.

A este projeto foi atribuído um parecer favorável, por parte da Comissão de Ética e Deontologia do CHTV (ver Anexo 3).

No que concerne ao tipo de amostra deste estudo, ele é utilizado, segundo alguns autores, quando o investigador pretende estudar uma população específica (os chamados casos “excepcionais”, que não estão identificados em listas). Neste caso, o investigador procura uma pessoa que tenha as características pretendidas para a amostra, explica-lhe a finalidade da investigação e solicita-lhe a sua participação na investigação.

Desta forma, um participante recomenda outro e assim sucessivamente, criando-se uma *bola de neve* até o investigador obter o número de pessoas pretendido para a constituição da sua amostra. Portanto, para a efetivação da representatividade dessa amostra, optámos pela técnica *snowball*, não só pela possibilidade de podermos recolher o máximo de respostas possíveis, mas também pelas vantagens que esta técnica tem para a investigação.

### 3.1.2 Caracterização da amostra

Na amostra de 122 sujeitos, verificamos, de acordo com a Tabela 1, que 63,9% dos elementos inquiridos pertencem ao sexo feminino e que 69,7% são casados. A maior parte vive em casa própria (69,7%), enquanto 27,9% vive em casa arrendada.

Para 67,2% dos elementos esta é a primeira relação de casal. Dos inquiridos, 39,2% afirmaram possuir licenciatura e 26,2% ensino secundário. Quanto aos cônjuges, estes valores são mais próximos, 28,7% e 27,9%, respetivamente.

**Tabela 1**

*Características da amostra – Variáveis sociodemográficas*

Variáveis	Categorias	N	%
Sexo	Feminino	78	63,9
	Masculino	44	36,1
Sexo do Cônjuge	Feminino	44	36,1
	Masculino	78	63,9
Situação Conjugal	Casado(a)	85	69,7
	União de facto	37	30,3
Onde vive	Casa Própria	85	69,7
	Casa Arrendada	34	27,9
	Casa de Familiares	3	2,5
Relação	Esta é a minha 1ª relação de casal	82	67,2
	Esta não é a minha 1ª relação de casal	40	32,8
Escolaridade	Sabe ler e escrever	3	2,5
	1º ciclo do ensino básico (4ª) classe)	3	2,5
	2º ciclo do ensino básico (6ª) classe)	3	2,5
	3º ciclo do ensino básico (9ª) classe)	12	9,8
	Ensino Secundário (12º ano)	32	26,2
	Licenciatura	48	39,2
	Mestrado	18	14,8
	Doutoramento	3	2,5
	Não foi à escola	1	0,8
Escolaridade do Cônjuge	Sabe ler e escrever	2	1,6
	1º ciclo do ensino básico (4ª) classe)	3	2,5
	2º ciclo do ensino básico (6ª) classe)	4	3,3
	3º ciclo do ensino básico (9ª) classe)	22	18,0
	Ensino Secundário (12º ano)	34	27,9
	Licenciatura	35	28,7
	Mestrado	18	14,8
	Doutoramento	3	2,5

A Tabela 2 apresenta a situação profissional e a profissão dos elementos inquiridos, sendo que 86,9% dos mesmos se encontram na

situação de empregados, enquanto apenas 1,6% se encontram desempregados.

Relativamente à profissão, as mais representativas são os médicos/enfermeiros (18,0%), os Professor(a)/Psicopedagogo(a)/Formador(a) (14,4%) e os Bancário(a)/Economista/Gestor/Contabilista/TOC (12,6%).

**Tabela 2**

*Características da amostra – Variáveis sociodemográficas (cont.)*

Variáveis	Categorias	N	%
Situação Profissional	<b>Empregado(a)</b>	<b>106</b>	<b>86,9</b>
	Desempregado(a)/ Doméstico(a)	10	8,2
	Pensionista/Reformado	6	5,0
Profissão	Administrativo(a)/ Relações Públicas	5	4,5
	Advogado(a)/ Juíz(a)/ Procurador(a)	8	8,1
	Ajudante Ação Direta/ Animador(a)	4	3,6
	Arquiteto(a)/ Engenheiro(a)/ Construtor Civil	5	4,5
	Assistente Social/ Educador(a) Infantil	11	9,9
	<b>Bancário(a)/ Economista/Gestor/Contabilista/TOC</b>	<b>14</b>	<b>12,6</b>
	Cabeleireira	2	1,8
	Empresário(a)	9	8,1
	<b>Enfermeiro(a)/ Médico(a)</b>	<b>20</b>	<b>18,0</b>
	Outros	5	4,5
	<b>Professor(a)/ Psicopedagogo(a)/ Formador(a)</b>	<b>16</b>	<b>14,4</b>
	Técnico(a)	11	9,9

A Tabela 3 apresenta a caracterização situação profissional e a profissão dos cônjuges dos respondentes. Estes encontram-se na sua maioria empregados (82,8%), contabilizando-se 8,2% de elementos na situação de desempregados.

Quanto à profissão dos cônjuges, destacam-se os empresários (20,4%), os médicos (17,5%) e os advogados/juízes (12,6%).

**Tabela 3**

*Características da amostra – Variáveis sociodemográficas (cont.)*

Variáveis	Categorias	N	%
Situação Profissional do Cônjuge	<b>Empregado(a)</b>	<b>101</b>	<b>82,8</b>
	Desempregado(a)/ Doméstico(a)	11	9,0
	Pensionista/ Reformado	10	8,2
Profissão do Cônjuge	Administrativo(a)/ Funcionário(a) Público(a)	3	2,9
	<b>Advogado(a)/ Juíz(a)/ Procurador(a)</b>	<b>13</b>	<b>12,6</b>
	Animador(a)/ Bombeiro(a)/ Mecânico(a)	3	3,0
	Assistente Social/ Educador(a) Infantil	6	5,9
	Construtor Civil/ Engenheiro(a)/ Informático(a)	11	10,7
	Contabilista/ Gestor(a)/Gerente/Economista	8	7,8

<b>Empresário(a)</b>	<b>21</b>	<b>20,4</b>
<b>Médico(a)</b>	<b>18</b>	<b>17,5</b>
Militar/ Motorista	11	10,7
Professor(a)/ Sociólogo(a)	6	5,9
Técnico(a)	8	7,8

**Tabela 4***Características da amostra – Variáveis familiares e doença do(a) filho(a)*

Variáveis	Categorias	N	%
Nº Pessoas do Agregado	<b>3</b>	<b>83</b>	<b>68,0</b>
	4	34	27,9
	5	4	3,3
	6	1	0,8
Pessoas do Agregado	<b>Companheiro(a)/(Filho(s))</b>	<b>121</b>	<b>99,2</b>
	Companheiro/Filho/Pais	1	0,8
Rendimento	Inferior a 500€	7	5,7
	Entre 501€ e 1000€	19	15,6
	Entre 1001€ e 1500€	25	20,5
	Entre 1501€ e 2000€	18	14,8
1º Filho vive com os pais?	<b>Superior a 2000€</b>	<b>53</b>	<b>43,4</b>
	<b>Sim</b>	<b>114</b>	<b>93,4</b>
2º Filho vive com os pais?	Não	8	6,6
	<b>Sim</b>	<b>38</b>	<b>92,7</b>
3º Filho vive com os pais?	Não	3	7,3
	<b>Sim</b>	<b>4</b>	<b>66,7</b>
Doença Crónica	Não	2	33,3
	Atelectasia pulmonar	2	1,6
	Alergia, Asma e Cardíacos	6	4,7
	Autismo	17	13,3
	Diabetes com insulina	9	7,0
	Doença degenerativa	1	0,8
	Esclerose múltipla	1	0,8
	<b>Esquizofrenia</b>	<b>20</b>	<b>15,6</b>
	Falência hepática aguda	1	0,8
	Fator 7	1	0,8
	Fibromialgia	1	0,8
	Insuficiência cardíaca/renal/resp.	10	7,8
	Neurofibromatose Tipo 1	1	0,8
	Nevo melanocítico congénito	1	0,8
	Oncológico	1	0,8
<b>Paralisia cerebral</b>	<b>30</b>	<b>23,4</b>	
Paraplégico	2	1,6	

Surdez	2	1,6
Syngap 1	1	0,8
<b>Trissomia 21</b>	<b>20</b>	<b>15,6</b>
Tumor cerebral	1	0,8

Relativamente ao número de pessoas do agregado familiar, verificamos (ver Tabela 4) que a maior parte (68,0%) é composta por três pessoas, sendo que 99,2% são os companheiros e filhos.

O rendimento familiar de 43,4% dos inquiridos é superior a 2000 euros, enquanto apenas 5,7% é inferior a 500 euros.

Até ao terceiro filho observamos que os filhos vivem com os pais com valores sempre acima dos 65%.

A doença crónica mais representativa dos filhos é a paralisia cerebral (23,4%), com o mesmo valor (15,6%) a esquizofrenia e a Trissomia 21, seguindo-se com 13,3% o autismo.

**Tabela 5**

*Características da amostra – Variáveis familiares e doença do(a) filho(a)*

	Média ( $\bar{X}$ )	Mediana (Md)	Desvio Padrão ( $\sigma$ )	Valor Mínimo ( $X_{\min.}$ )	Valor Máximo ( $X_{\max.}$ )	N
Idade	44.44	42.00	12.170	25	83	122
Idade do Cônjuge	44.86	41.50	12.328	25	84	122
Anos com o Cônjuge	16.64	13.50	12.677	1	60	122
Idade do 1º Filho	16.26	13.50	12.443	1	63	122
(Saiu de casa com...)	12.88	13.00	7.990	2	25	8
Idade do 2º Filho	15.07	13.00	9.972	1	35	42
(Saiu de casa com...)	9.67	10.00	4.509	5	14	3
Idade do 3º Filho	18.50	18.00	10.368	6	33	6
(Saiu de casa com...)	20.00	20.00	0.000	20	20	2
Idade do 1º Filho com doença Crónica	15.37	12.00	12.249	1	63	122
Diagnóstico (anos)	12.49	10.00	11.759	1	63	121
Idade do 2º Filho com doença Crónica	10.33	9.00	7.941	2	25	6
Diagnóstico (anos)	2.80	3.00	0.837	2	4	5

A Tabela 5 apresenta as principais medidas de estatística descritiva, relativamente às variáveis sociodemográficas de índole quantitativa.

Assim, a idade média dos 122 sujeitos apresentou o valor de 44.44 anos, com um desvio padrão de 12.170 anos. O valor mediano situou-se nos

42.0 anos, indicando que metade dos elementos têm uma idade inferior a 42 anos e os restantes superior a esse valor. De salientar que o elemento mais novo tem 25 anos e o mais idoso 83 anos. Relativamente à idade do cônjuge, os valores foram bastante semelhantes, como se observa na mesma tabela.

Os elementos do casal encontram-se juntos há 16.64 anos em média, com um desvio padrão de 12.667 anos e uma mediana de 13.50 anos. O valor mínimo apresentou um ano e o máximo 60 anos.

### 3.2 Instrumentos de avaliação

A metodologia aplicada na elaboração deste estudo enquadra-se quantitativamente no paradigma metodológico das ciências sociais de natureza exploratória

O protocolo de investigação é constituído por:

- Questionário Sociodemográfico e de Dados Complementares;
- Escala de Ajustamento Mútuo - versão adaptada e validada por Lourenço e Relvas (2003) da *Dyadic Adjustment Scale* (DAS), de Graham B. Spanier (1976);
- Inventário de *Coping* Diádico (ICD) - no original: *Dyadic Coping Inventory* – criado por Guy Bodenmann (2007). A adaptação e validação portuguesa foi realizada por Vedes, Lind e Ferreira (2011).

#### 3.2.1 Questionário Sociodemográfico e de Dados Complementares

Este questionário inclui vinte questões: sexo, idade, situação conjugal, local de residência, dados sobre a relação conjugal, situação profissional, entre outras.

#### 3.2.2 Escala de Ajustamento Mútuo

A Escala de Ajustamento Mútuo é a versão adaptada e validada por Lourenço e Relvas (2003) da *Dyadic Adjustment Scale* (DAS), de Graham B. Spanier (1976). Esta escala conta com 32 itens sobre a qualidade do relacionamento e está dividida em 4 subescalas:

(1) Consenso mútuo - grau em que o respondente concorda com o parceiro; avalia o acordo entre os parceiros no que diz respeito a assuntos como dinheiro, religião, diversão, amigos ou tarefas domésticas.

(2) Satisfação mútua - grau em que o entrevistado se sente satisfeito com o parceiro; mede até que ponto o sujeito já ponderou pôr termo à relação

(3) Coesão mútua - critério para o qual o entrevistado e o parceiro participam em atividades juntos; avalia as atividades partilhadas pelo casal e os interesses comuns

(4) Expressão afetiva - a que o respondente concorda com o parceiro em relação ao carinho emocional; mede a satisfação do indivíduo com a vida sexual e a expressão de afeto na relação

Dos seus 32 itens, 30 pedem uma resposta em escala tipo *Likert*, de 6 pontos, e os restantes dois uma resposta dicotómica (sim/não).

Os resultados desta escala podem variar entre 0 e 151. Pontuações mais baixas indicam a existência de vulnerabilidades conjugais e pontuações mais elevadas sugerem uma relação mais favorável (Lourenço, 2006; Spanier, 1976; Youngbluy, Brooten, & Menzies, 2006).

A versão adaptada para Portugal tem um coeficiente de *Cronbach* de 0.93 para a escala total, sendo este um bom indicador de consistência interna (Lourenço, 2006). Lourenço (2006) indica existirem centenas de estudos que comprovam a validade preditiva e de análise das relações diádicas conjugais deste instrumento.

O presente estudo apresenta valores de consistência interna superiores à versão adaptada para Portugal (Lourenço, 2006).

Assim, o coeficiente de Cronbach Alpha do total da escala, de 32 itens, apresentou o valor de 0.97, representando um excelente indicador de consistência interna (ver Tabela 6), ou seja, encontra-se assegurada a fiabilidade do construto. Os valores de consistência interna do ajustamento mútuo (DAS) variam entre um mínimo de .773 (fraco mas aceitável) na subescala Expressão da Afetividade a um máximo de .934 (excelente) nas subescalas Consenso mútuo e Satisfação mútua. A categorização dos valores de alpha segue o indicado em Hill (2005).

**Tabela 6**  
*Dimensões e itens da Escala de Ajustamento Mútuo*

<i>Dimensões</i>	<i>Itens</i>	<i>Alpha</i>
Consenso Mútuo	1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	.927
Satisfação Mútua	(-)16, (-)17, 18, 19, (-)20, (-)21, (-)22, 23, (-)31, 32	.934
Coesão Mútua	24, (-)25, (-)26, (-)27, (-)28	.882
Expressão Afetiva	4, 6, (-)29, (-)30	.773
Escala Total		.963

Nota: O símbolo (-) indica que o respectivo item se encontra invertido, tendo de se recategorizar

As estatísticas descritivas dos valores obtidos pelos sujeitos no Ajustamento Mútuo podem ser observadas na Tabela 7. Nela indicamos os valores mínimos e máximos, médias e respetivos desvios padrão.

**Tabela 7**  
*Média e Desvio Padrão da Escala DAS e das 4 dimensões*

<i>Dimensões</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Consenso Mútuo	5.0	63.00	43.60	11.80
Satisfação Mútua	1.0	49.00	29.80	10.67



Coesão Mútua	.00	14.00	7.65	3.53
Expressão Afetiva	8.0	25.00	16.92	3.18
Escala Total	6.0	143.0	93.94	28.13

### 3.2.3 Inventário de *Coping* Diádico

A ICD é a versão portuguesa (adaptada e validado por Vedes, Lind e Ferreira (2011) da *Dyadic Coping Inventory* de Guy Bodenmann (2007).

Este instrumento contém 37 itens, foi projetado para medir a comunicação percebida e o enfrentamento diádico (de suporte, delegado, negativo e articulado) que ocorre em relacionamentos próximos quando um ou ambos os parceiros estão *stressados*.

O ICD é uma versão mais breve do Questionário de 68 itens para avaliar a coação diádica como uma tendência. O enfrentamento indireto de díade ocorre quando um parceiro fornece suporte focado em problemas e / ou emoções que auxilia o parceiro. O enfrentamento díade delegado ocorre quando um parceiro assume as responsabilidades para reduzir o *stress* do outro. O enfrentamento diádico negativo inclui ações / palavras hostis, ambivalentes e superficiais que têm intenções prejudiciais. O enfrentamento articular (comum) ocorre quando ambos os parceiros experimentam *stress* e simetricamente trabalham juntos para lidar com essas situações stressantes. Além das percepções sobre o enfrentamento diádico, o ICD também avalia a comunicação do *stress* e fornece uma avaliação da qualidade do enfrentamento díade auto-percebido. O ICD é útil na prática clínica e na pesquisa (relacionamentos, casais e famílias). Pode ser usado para medir a comunicação e a percepção da qualidade e quantidade de suporte do parceiro (positivo e negativo) em relacionamentos íntimos (Simmons & Lehmann, 2012).

Os valores de consistência interna do ICD variam entre um mínimo de .699 (fraco mas aceitável) na subescala *Coping* diádico delegado pelo próprio a um máximo de .926 (excelente) na subescala Comunicação do *stress* pelo parceiro. A categorização dos valores de alpha segue o indicado em Hill (2005).

**Tabela 8**

*Consistência interna: Coping diádico*

	Alfa de Cronbach	Nr de itens
Comunicação do <i>stress</i> pelo próprio	.821	4
Comunicação do <i>stress</i> pelo parceiro	.926	4
<i>Coping</i> diádico de Suporte pelo próprio	.880	5
<i>Coping</i> diádico de suporte pelo parceiro	.915	5
<i>Coping</i> diádico negativo pelo próprio	.829	4
<i>Coping</i> diádico negativo pelo parceiro	.807	4
<i>Coping</i> diádico delegado pelo próprio	.699	2

<i>Coping</i> diádico delegado pelo parceiro	.837	2
<i>Coping</i> diádico conjunto	.850	7
Avaliação do <i>Coping</i>	.919	2

Na Tabela 8, verificamos que o alpha de Cronbach total é de 0.92, o que significa existir uma excelente consistência interna e fiabilidade do construto em causa.

As estatísticas descritivas dos valores obtidos pelos sujeitos no ICD podem ser observadas na Tabela 9. Nela indicamos os valores mínimos e máximos, médias e respetivos desvios padrão. Os sujeitos obtêm valores mais elevados em *Coping* diádico de Suporte pelo próprio (3.47) e mais baixos em *Coping* diádico negativo pelo próprio (2.44).

**Tabela 9**

*Estatísticas descritivas: Coping diádico*

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Comunicação do <i>stress</i> pelo próprio	1.00	5.00	3.23	.90
Comunicação do <i>stress</i> pelo parceiro	1.00	5.00	3.15	.99
<i>Coping</i> diádico de Suporte pelo próprio	1.00	5.00	3.47	.74
<i>Coping</i> diádico de suporte pelo parceiro	1.00	5.00	3.16	.91
<i>Coping</i> diádico negativo pelo próprio	1.00	4.75	2.44	.91
<i>Coping</i> diádico negativo pelo parceiro	1.00	4.50	2.53	.90
<i>Coping</i> diádico delegado pelo próprio	1.00	5.00	3.21	.845
<i>Coping</i> diádico delegado pelo parceiro	1.00	5.00	2.70	1.00
<i>Coping</i> diádico conjunto	1.00	5.00	3.04	0.85
Avaliação do <i>Coping</i>	1.00	5.00	3.21	1.07

### 3.3 Procedimentos estatísticos

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $(\alpha) \leq 0,05$ . No entanto, as diferenças significativas para um nível de significância  $(\alpha) \leq 0,10$  também foram devidamente comentadas.

Em todas as hipóteses vamos utilizar o modelo de regressão linear hierárquica por blocos. Os pressupostos deste modelo, designadamente a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), independência de resíduos (teste de Durbin-Watson), normalidade dos resíduos (teste de Kolmogorov-Smirnov), multicolinearidade (VIF e Tolerance) e homogeneidade de variâncias (análise gráfica) foram analisados e encontravam-se genericamente satisfeitos. Para evitar a multicolinearidade as variáveis com VIF (Variance Inflation Factor) superior a 4 foram excluídas da análise.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for*

the Social Sciences) versão 22.0 para Windows.

#### IV - Resultados

**Hipótese 1 – As variáveis pessoais, as variáveis do agregado familiar, as doenças dos filhos e o *coping* diádico influenciam significativamente a qualidade do relacionamento do casal designadamente o consenso mútuo.**

O modelo global explica 38.1% da variação total do consenso mútuo e é estatisticamente significativo,  $F(17, 103) = 3.730, p = .001$ . As variáveis pessoais explicam 2.3%, as variáveis do agregado familiar e das doenças dos filhos explicam 3.2% e as variáveis relacionadas com o *coping* diádico explicam 32.5% da variância total do consenso mútuo do casal. O *coping* diádico negativo pelo próprio ( $\beta = 2.732, p = .074$ ) e o *coping* diádico negativo do parceiro ( $\beta = -2.822, p = .055$ ), de forma marginalmente significativa, revelaram-se preditores significativos do consenso mútuo do casal. Assim, quanto mais elevado é *Coping* diádico negativo pelo próprio e quanto mais baixo é o *Coping* diádico negativo do parceiro mais elevado é o consenso mútuo do casal.

**Tabela 10**

**Coefficientes: VD consenso mútuo**

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
Modelo 3					
(constante)	3.983	11.289		.353	.725
Idade	.118	.100	.121	1.179	.241
Sexo	.929	2.070	.038	.449	.654
Escolaridade	.132	1.018	.015	.130	.897
Primeira Relação	-.944	2.063	-.038	-.457	.648
Número de Pessoas do Agregado	-.563	1.732	-.028	-.325	.746
Rendimentos	1.120	.995	.125	1.125	.263
Paralisia	2.732	2.509	.099	1.089	.279
Esquizofrenia	1.276	3.118	.040	.409	.683
Trissomia	.736	2.901	.022	.254	.800
Comunicação <i>stress</i> pelo próprio	1.976	1.533	.151	1.289	.200
Comunicação <i>stress</i> pelo parceiro	1.615	1.778	.136	.908	.366
CD negativo pelo próprio	2.732	1.515	.212	1.803	.074
CD negativo pelo parceiro	-2.82	1.456	-.217	-1.938	.055
CD delegado pelo próprio	2.862	1.758	.205	1.628	.107
CD delegado pelo parceiro	-.461	1.358	-.039	-.340	.735
CD conjunto	1.084	2.089	.079	.519	.605
Avaliação do <i>Coping</i>	2.373	1.679	.217	1.413	.161

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

**Hipótese 2 – As variáveis pessoais, as variáveis do agregado familiar, as doenças dos filhos e o *coping* diádico influenciam significativamente a qualidade do relacionamento do casal designadamente a satisfação mútua do casal.**

O modelo global explica 63.3% da variação total da satisfação mútua

e é estatisticamente significativo,  $F(17, 104) = 10.529, p = .001$ . As variáveis pessoais explicam 6.3%, as variáveis do agregado familiar e das doenças dos filhos explicam 13% e as variáveis relacionadas com o *coping* diádico explicam 44% da variância total da satisfação mútua do casal. A idade ( $\beta = .138, p = .046$ ), o número de Pessoas do Agregado ( $\beta = -2.649, p = .030$ ), a Comunicação do *stress* pelo próprio ( $\beta = 3.072, p = .004$ ), o *Dyadic Coping* negativo pelo próprio ( $\beta = 2.776, p = .010$ ) e a avaliação do *coping* ( $\beta = 3.779, p = .002$ ) revelaram-se preditores significativos da satisfação mútua do casal. Assim, quanto mais elevada é a idade, o *coping* diádico negativo do próprio, a Comunicação do *stress* pelo próprio, a avaliação do *coping* e quanto menor for o número de pessoas do agregado mais elevada é a satisfação mútua do casal.

**Tabela 11**

***Coefficientes: VD satisfação mútua***

	<i>Unstandardized Coefficients</i>		<i>Standardized Coefficients</i>		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
Modelo 3					
(constante)	-4.26	7.854		-.543	.589
Idade	.138	.068	.157	2.020	.046*
Sexo	1.773	1.430	.080	1.240	.218
Escolaridade	.003	.706	.000	.004	.997
Primeira Relação	-1.60	1.435	-.071	-1.117	.266
Número de Pessoas do Agregado	-2.64	1.203	-.147	-2.203	.030*
Rendimentos	.290	.687	.036	.422	.674
Paralisia	-.970	1.743	-.039	-.557	.579
Esquizofrenia	-2.62	2.160	-.092	-1.217	.227
Trissomia	-.261	2.020	-.009	-.129	.897
Comunicação <i>stress</i> pelo próprio	3.072	1.052	.260	2.920	.004**
Comunicação <i>stress</i> pelo parceiro	-.439	1.227	-.041	-.358	.721
CD negativo pelo próprio	2.776	1.055	.238	2.632	.010**
CD negativo pelo parceiro	-.194	1.014	-.016	-.192	.848
CD delegado pelo próprio	1.589	1.222	.126	1.300	.196
CD delegado pelo parceiro	-.386	.937	-.037	-.412	.681
CD conjunto	.807	1.454	.065	.555	.580
Avaliação do <i>Coping</i>	3.779	1.165	.380	3.243	.002**

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

**Hipótese 3 – As variáveis pessoais, as variáveis do agregado familiar, as doenças dos filhos e o *coping* diádico influenciam significativamente a qualidade do relacionamento do casal designadamente a coesão mútua do casal.**

O modelo global explica 92.1% da variação total da coesão mútua do casal e é estatisticamente significativo,  $F(17, 104) = 70.976, p = .001$ . As variáveis pessoais explicam 9.3%, as variáveis do agregado familiar e das doenças dos filhos explicam 10.2% e as variáveis relacionadas com o *coping* diádico explicam 72.5% da variância total da satisfação coesão do casal.

O *coping* diádico negativo do próprio ( $\beta = 2.909, p = .001$ ), o *coping* diádico delegado pelo próprio ( $\beta = 1.281, p = .001$ ) e de forma marginalmente significativa o *coping* diádico delegado pelo parceiro ( $\beta = .229, p = .081$ ) e o *coping* diádico conjunto ( $\beta = -.386, p = .058$ ) revelaram-

se preditores significativos da satisfação coesão do casal. Assim quanto mais elevados são os valores de *coping* diádico negativo do próprio, *coping* diádico delegado pelo próprio, *coping* diádico delegado pelo parceiro e mais baixo o *coping* diádico conjunto mais elevada é a coesão mútua do casal.

**Tabela 12**

**Coefficientes: VD coesão mútua**

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
Modelo 3					
(constante)	1.550	1.087		1.425	.157
Idade	-.009	.009	-.033	-.909	.365
Sexo	.103	.198	.016	.521	.604
Escolaridade	.056	.098	.024	.578	.565
Primeira Relação	.272	.199	.040	1.368	.174
Número de Pessoas do Agregado	-.007	.167	-.001	-.041	.967
Rendimentos	.045	.095	.019	.476	.635
Paralisia	.251	.241	.034	1.040	.301
Esquizofrenia	-.084	.299	-.010	-.281	.779
Trissomia	.224	.280	.025	.802	.424
Comunicação <i>stress</i> pelo próprio	-.014	.146	-.004	-.095	.924
Comunicação <i>stress</i> pelo parceiro	.137	.170	.043	.806	.422
CD negativo pelo próprio	2.909	.146	.838	19.918	.000***
CD negativo pelo parceiro	-.023	.140	-.007	-.163	.871
CD delegado pelo próprio	1.281	.169	.340	7.568	.000***
CD delegado pelo parceiro	.229	.130	.073	1.761	.081
CD conjunto	-.386	.201	-.104	-1.919	.058
Avaliação do <i>Coping</i>	.222	.161	.075	1.377	.172

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

**Hipótese 4 – As variáveis pessoais, as variáveis do agregado familiar, as doenças dos filhos e o *coping* diádico influenciam significativamente a qualidade do relacionamento do casal designadamente a expressão afetiva do casal.**

O modelo global explica 66.1% da variação total da expressão afetiva do casal e é estatisticamente significativo,  $F(17, 104) = 11.911, p = .001$ . As variáveis pessoais explicam 7.3%, as variáveis do agregado familiar e das doenças dos filhos explicam 7.0% e as variáveis relacionadas com o *coping* diádico explicam 51.8% da variância total da expressão afetiva do casal.

A comunicação do *stress* pelo próprio ( $\beta = 1.152, p = .001$ ), o *coping* diádico negativo do próprio ( $\beta = 1.198, p = .001$ ), o *coping* diádico delegado pelo próprio ( $\beta = .973, p = .014$ ), a avaliação do *coping* diádico ( $\beta = 1.244, p = .001$ ) e de forma marginalmente significativa a idade ( $\beta = .043, p = .052$ ) e o *coping* diádico negativo pelo parceiro ( $\beta = -.638, p = .051$ ) revelaram-se preditores significativos da expressão afetiva do casal. Assim, quanto mais elevada é a idade, a comunicação do *stress* pelo próprio, o *coping* diádico negativo do próprio, o *coping* diádico delegado pelo próprio a avaliação do *coping* diádico e mais baixo o *coping* diádico negativo pelo parceiro mais elevada é a expressão afetiva do casal.

Tabela 13

Coeficientes: VD expressão afetiva

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
Modelo 3					
(constante)	-8.48	2.497		-3.398	.001
Idade	.043	.022	.147	1.966	.052
Sexo	.315	.455	.043	.692	.490
Escolaridade	.305	.225	.117	1.357	.178
Primeira Relação	-2.260	.456	-.035	-.571	.570
Número de Pessoas do Agregado	-.241	.382	-.040	-.631	.530
Rendimentos	.039	.219	.015	.180	.858
Paralisia	.967	.554	.118	1.745	.184
Esquizofrenia	.084	.687	.009	.123	.903
Trissomia	.303	.642	.031	.473	.638
Comunicação stress pelo próprio	1.152	.335	.295	3.444	.001***
Comunicação stress pelo parceiro	-.230	.390	-.065	-.590	.557
CD negativo pelo próprio	1.198	.335	.311	3.573	.001***
CD negativo pelo parceiro	-.638	.322	-.163	-1.978	.051
CD delegado pelo próprio	.973	.389	.233	2.503	.014*
CD delegado pelo parceiro	-.455	.298	-.130	-1.526	.130
CD conjunto	.551	.462	.134	1.193	.236
Avaliação do Coping	1.244	.370	.378	3.357	.001***

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$ 

**Hipótese 5 – As variáveis pessoais, as variáveis do agregado familiar, as doenças dos filhos e o coping diádico influenciam significativamente a qualidade do relacionamento do casal designadamente o ajustamento mútuo.**

O modelo global explica 61.2% da variação total do ajustamento do casal e é estatisticamente significativo,  $F(17, 103) = 9.542$ ,  $p = .001$ . As variáveis pessoais explicam 4.6%, as variáveis do agregado familiar e das doenças dos filhos explicam 8.4% e as variáveis relacionadas com o coping diádico explicam 48.1% da variância total do ajustamento mútuo.

A comunicação do stress pelo próprio ( $\beta = 7.357$ ,  $p = .031$ ), o coping diádico negativo do próprio ( $\beta = 7.693$ ,  $p = .008$ ), a avaliação do coping ( $\beta = 8.624$ ,  $p = .008$ ), e de forma marginalmente significativa a idade ( $\beta = .320$ ,  $p = .093$ ), o coping diádico negativo pelo parceiro ( $\beta = -4.689$ ,  $p = .091$ ) revelaram-se preditores significativos do ajustamento do casal. Assim, quanto mais elevada é a idade, a comunicação do stress pelo próprio, a avaliação do coping diádico e mais baixo o coping diádico negativo pelo parceiro mais elevado é ajustamento do casal.

Tabela 14

Coeficientes: VD ajustamento mútuo

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
Modelo 3					
(constante)	-7.74	21.311		-.363	.717
Idade	.320	.189	.137	1.694	.093

Impacto do Coping Diádico no Ajustamento Mútuo conjugal em contexto de Doença Crónica no sistema filial

Marisa de Jesus Bártolo (e-mail:tesemestrado201718@gmail.com) 2018

Sexo	3.184	3.908	.054	.815	.417
Escolaridade	.134	1.922	.006	.070	.944
Primeira Relação	-2.35	3.895	-.039	-.603	.548
Número de Pessoas do Agregado	-4.60	3.270	-.097	-1.408	.162
Rendimentos	1.729	1.879	.081	.921	.359
Paralisia	3.761	4.736	.057	.794	.429
Esquizofrenia	-1.07	5.886	-.014	-.182	.856
Trissomia	-.250	5.476	-.003	-.046	.964
Comunicação <i>stress</i> pelo próprio	7.357	2.895	.236	2.541	.013*
Comunicação <i>stress</i> pelo parceiro	1.798	3.357	.064	.536	.593
CD negativo pelo próprio	7.693	2.860	.250	2.689	.008**
CD negativo pelo parceiro	-4.68	2.750	-.151	-1.705	.091
CD delegado pelo próprio	5.457	3.318	.164	1.645	.103
CD delegado pelo parceiro	.184	2.564	.007	.072	.943
CD conjunto	2.707	3.944	.082	.686	.494
Avaliação do <i>Coping</i>	8.624	3.169	.330	2.721	.008**

\* p < .05 \*\* p < .01 \*\*\* p < .001

## V - Discussão

Sendo a família um importante sistema social, encontra-se em constante interação com o meio, o que a conduz à procura do seu equilíbrio entre aquilo que são as suas necessidades e as solicitações. Quando um casal tem um filho, todo o sistema se reajusta em torno do novo membro. No entanto, quando a criança apresenta um quadro clínico de doença crónica, independentemente da sua natureza, a família vê a sua estabilidade duplamente afetada, pois o reajuste não é só em função do novo membro mas à problemática que este carrega. Neste sentido, a família é confrontada com a necessidade de desencadear novas estratégias de *coping* efetivas, de modo a conseguir alcançar o seu equilíbrio (Peixoto & Santos, 2009). Sabemos que a mudança também pode permitir um nível superior de complexidade e a manutenção da organização (autonomia) do sistema familiar. Será este o desafio...

De acordo com alguns teóricos, a experiência da conjugalidade pode funcionar como uma importante ferramenta de *coping*, nomeadamente para lidar com a doença crónica de um filho, que tantas preocupações e experiências negativas acarreta, aparecendo assim a conjugalidade como tendo importantes funções protetoras para a saúde e bem-estar dos cônjuges (Pacheco, 2008).

Neste sentido, o objetivo desta investigação prende-se com o propósito averiguar de que forma o *Coping* Diádico e algumas variáveis moderadoras (variáveis pessoais, do agregado familiar e as doenças dos filhos) influenciam o Ajustamento Mútuo nas suas quatro dimensões (consenso mútuo, satisfação mútua, coesão mútua e expressão afetiva).

Observou-se, neste estudo empírico, que o *Coping* Diádico explica o Ajustamento Mútuo numa situação em que o filho possui uma doença crónica, provando que, o *coping* diádico se encontra associado à redução do *stress* para ambos os elementos do casal, melhorando assim a qualidade do seu relacionamento, qualidade essa que se encontra intimamente ligada com o Ajustamento Mútuo dos cônjuges, como refere, Bodenmann (2005),

No caso de uma doença crónica, ambos os membros do casal passam

por situações de *stress* conjunto, sendo que a utilização contínua de estratégias de *coping* diádico ajuda a gerir o sofrimento, assim como a promover a sensação de solidariedade entre o casal (Bodenmann, 2005). De acordo com Pires (2011), os indivíduos que possuem competências diádicas de *coping* interagem de forma mais adequada, contribuindo assim para um aumento da satisfação conjugal, da coesão, do consenso e da expressão afetiva. Neste sentido, é fundamental que o *coping* diádico seja reforçado de modo a permitir uma evolução positiva da relação conjugal ao longo do tempo, tendo a comunicação e a resolução de conflitos um papel fundamental.

Verificou-se que a comunicação é uma das variáveis que mais influencia o ajustamento mútuo, o que nos poderá levar a concluir que a comunicação pode ser um fator que influencie de forma negativa o ajustamento entre o casal, uma vez que esta interfere na satisfação mútua do casal, na expressão afetiva. Uma comunicação positiva entre um casal é muito importante, especialmente quando se está perante uma situação de vida *stressante*, como é o caso da doença crónica de um filho. Nem sempre a comunicação é positiva, ou seja, clara e objetiva, onde o outro percebe a totalidade da mensagem que se pretende transmitir (Figueiredo, 2005). Em situações de *stress* é normal existir falhas na comunicação devido à falta de clareza e de especificidade, o que se traduz em mensagens pouco concretas e globais, afirmações sem lógica, ambíguas, indiretas (Narciso, 2001).

Se o casal não desenvolver uma comunicação aberta entre si e não for apoiado na mudança e nas novas aprendizagens relativamente ao modo como lidar com um filho com uma doença crónica, o mais provável é verificar-se uma escalada de sentimentos negativos, podendo o casal alcançar a rigidificação e até mesmo a rutura (Mendes, 2004). Um estudo realizado por Steffen e Castoldi (2006) revelou que é frequente os casais que acompanham filhos com doenças (no caso hospitalizados) sentirem uma grande dificuldade de partilhar as suas emoções, uma vez que não estão juntos com a mesma assiduidade.

No reverso, encontramos a dimensão *coping* diádico negativo do próprio como sendo uma das variáveis que mais influencia as dimensões consenso mútuo, satisfação mútua, coesão mútua e expressão afetiva. Esta dimensão diz respeito às ações que os cônjuges tomam, nomeadamente decisões, resolução de conflitos, entre outros.

A tomada de decisão, independentemente do carácter das situações, é de natureza multifatorial (cognitivo, comportamental, social e emocional), iniciando-se quando existe uma discrepância entre o agora e o que se pretende atingir (Klaczynski, Byrnes, & Jacobs, 2001). Quando se fala da tomada de decisão do casal, um dos aspetos mais importantes a que a literatura se refere tem a ver com a decisão final, ou seja, quem tem a última palavra sobre uma determinada situação. Este é um fator gerador de conflito e de desentendimento entre o casal, especialmente quando um dos cônjuges sente que tem menos influência do que o outro (Kirchler, Rodler, Holz, & Meier, 2001).

Quando se está perante uma doença crónica, especialmente de



alguém tão próximo e emocionalmente significativo como um filho, são várias as decisões que têm de ser tomadas, sendo que estas devem ser tomadas em conjunto, baseadas em diálogo, em prol do bem do filho. Quando as decisões são tomadas em conjunto, o casal fica mais próximo e unido, em particular quando estamos perante situações tão *stressantes* como a doença de um filho. A tomada de decisão em conjunto contribui para um Ajustamento Mútuo dos cônjuges positivo.

A avaliação do *coping* é outro fator importante que contribui para um Ajustamento Mútuo dos cônjuges. O conflito é inerente a todos os relacionamentos humanos, sendo um fenómeno característico da vida de onde podem resultar transformações importantes e novas oportunidades (Bolze, Schmidt, Crepaldi, & Vieira, 2011). Uma situação *stressante*, como é o caso da doença crónica de um filho, é um fator gerador de conflito entre o casal, sendo importante que estes encontrem estratégias para a sua resolução. O conflito conjugal é encarado como sendo um fenómeno complexo e dependente de vários fatores, como é o caso dos traços de personalidade e das características individuais dos membros do casal e também aspetos sociodemográficos (Raeur, Karney, Garvan, & Hou, 2008; Mônego & Teodoro, 2011).

A adoção de estratégias construtivas (em oposição a estratégias destrutivas) contribui para uma mais rápida e eficaz resolução de conflitos, onde se incluem a compreensão das limitações do parceiro e da relação; a identificação dos aspetos positivos de um conflito; investimento na tentativa de resolução dos problemas; comunicação de forma respeitosa das opiniões e das perceções; flexibilização da negociação de interesses individuais com o parceiro de modo a que ambos tenham as suas necessidades atendidas; gerir as próprias emoções, entre outras estratégias (Costa & Mosmann, 2015).

Verificou-se, ainda, que outra variável que teve influência no ajustamento mútuo foi a idade, uma vez que, os dados indicam que quanto mais elevada é a idade do casal, maior é o ajustamento diádico.

No que concerne às variáveis do agregado familiar, verificamos que o número de pessoas do agregado teve influência na dimensão satisfação mútua do casal: quanto menor for o número de pessoas do agregado mais elevada é a satisfação mútua do casal.

Em termos da variável das doenças dos filhos, não se verificou significância estatística, o que nos leva a concluir que, na nossa amostra, o tipo de doença não tem influência no ajustamento conjugal.

### **Limitações do presente estudo**

Importa referir algumas das limitações do estudo empírico que consideramos relevantes.

Salientamos que, embora tenhamos obtido uma amostra de dimensões significativas, seria interessante incluir uma amostra de comparação, como por exemplo casais com filhos sem doença, estudando-se se o ajustamento mútuo é díspar em casais com e sem filhos com doença.

Consideramos que seria pertinente a utilização de outras formas de obtenção de dados, mais concretamente através da observação direta (observação dos casais). Este método de estudo é, segundo Bradbury e colaboradores (2000) um dos métodos mais eficazes no estudo da conjugalidade. Para além deste método, os questionários poderiam ser mais específicos criando-se questões para compreender melhor a doença e as dificuldades específicas que cada casal atravessa.

Sabe-se que o estudo do *coping* diádico ainda se encontra em fase exploratória, sendo interessante, em futuras investigações, dar-se maior relevância a outras variáveis. No presente estudo verificámos que a idade tem um papel preponderante no ajustamento. Logo, seria importante estudar a etapa do ciclo vital e as estratégias que os casais utilizam para ultrapassar as vicissitudes com que se deparam. Não esquecemos que a literatura nos tem mostrado que os fatores que influenciam a satisfação conjugal são diferentes consoante a etapa do ciclo vital que o casal atravessa.

## VI - Conclusões

Um filho com uma doença crónica constitui um fator de elevado *stress*, com um grande impacto para o sistema familiar e também no sistema conjugal, sendo que os cônjuges experimentam mais *stress* do que quando têm filhos saudáveis. Com um filho com doença crónica, os pais são confrontados com novas exigências, alterações nas suas rotinas, mudanças constantes e readaptações diversas, sendo que a doença pode ter efeitos a vários níveis: financeiro, pessoal e social.

Assim, para lidar com as exigências subjacentes a esta realidade, será necessário desenvolver estratégias de *coping* diádico.

O *coping* diádico aparece como sendo uma ferramenta importante de enfrentamento das situações mais *stressantes* relacionados com a doença crónica do filho, visando a manutenção ou o restabelecimento do equilíbrio da díade, assim como o bem-estar de cada um dos cônjuges, contribuindo para o ajustamento mútuo conjugal, onde são realçadas dimensões como o consenso mútuo, a satisfação mútua, a coesão mútua e a expressividade afetiva, aspetos muito importantes para o equilíbrio conjugal.

Cada casal vive a sua situação de maneira diferente, sendo importante que os parceiros sejam acompanhados, desenvolvendo a capacidade de se ajudarem mutuamente perante uma situação tão complexa como é a de ter filho com uma doença crónica. Existe, então, a necessidade de apostar, cada vez mais, em programas de prevenção dos problemas conjugais mais tradicionais, tentar reforçar e desenvolver estratégias de *coping* diádico em programas de enriquecimento conjugal, terapia de casal e outros tipos de programas de intervenção e prevenção.

## VII - Bibliografia

Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora.

Aboim S. (2006). *Conjugalidade, afectos e formas de autonomia individual*. *Análise Social*. vol. XLI (180), 801-825.

Berger, P., & Kellner, H. (1964). Marriage and the construction of reality. *Diogenes*, 46, 1-24.

Bodenmann, G. (1995). A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology*, 54 (1), 34-49.

Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. Revenson, K. Kayser, e G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33-50). Washington, DC: American Psychological Association.

Bodenmann, G., & Cina, A. (2006). Stress and coping among stable-satisfied, stable-distressed and separated/divorced swiss couples: a 5-year prospective longitudinal study. *Journal of Divorce & Remarriage*, 44(1/2), 71-89.

Bolze, S. D. A., Schmidt, B., Crepaldi, M. A., & Vieira, M. L. (2011). Conflito conjugal: uma revisão da produção científica brasileira. *Pensando Famílias*, 15(2), 51-69.

Borg, W. R., & Gall, M. D. (1983). *Educational research*. New York: Longman.

Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 964-980.

Busse, Reinhard, et al. (2010). *Tackling chronic disease in Europe - Strategies, interventions and challenges*. Regional Office for Europe, WHO. United Kingdom: World Health Organization.

Costa, C., & Mosmann, C. (2015). Estratégias de Resolução dos Conflitos Conjugais: Percepções de um Grupo Focal. *Psico*, 46 (4), 472-482.

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.

Cunico, S., & Arpini, D. (2014). Conjugalidade e Parentalidade na Perspectiva de Mulheres Chefes de Família. *Psicologia em Estudo*, 19 (4),

693-703.

*Dicionário da Língua Portuguesa*. (2003/2017). Porto: Porto Editora.

Decreto-Lei nº 81/2014, publicado em Diário da República eletrónico

Figueiredo, P. (2005). A Influência do Locus de Controle Conjugal, das Habilidades Sociais Conjugais e da Comunicação Conjugal na Satisfação com o Casamento. *Ciências e Cognição*, 6, 123-132.

Gameiro, J. (2002). Terapia de Casal. *Psychologica*, 31, 43-48.

Johnson, S. B. (1985). The family and the child with chronic illness. In D. C. Turk, & R. D. Kerns (Eds.), *Health, illness and families. A life-span perspective* (pp. 220-254). New York: John Wiley & Sons.

Kazak, A. E. (1989). Families of chronically ill children: A systems and socio-ecological model of adaptation and challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 25-30.

Kirchler, E., Rodler, C., Holzl, E., & Meier, K (2001). *Conflict and Decision Making in Close Relationships: love, money and daily routines*. EUA e Canadá: Psychology Press Ltd.

Klaczynski, P. A., Byrnes, J. P., & Jacobs, J. E. (2001). Introduction to the special issue the development of decision making. *Applied Developmental Psychology*, 22 (3), 225-236.

Lima, I. (2003). *Cenários de educação e desenvolvimento: o meio familiar e seu impacto na educação e desenvolvimento da criança*. (dissertação de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Lourenço, M.M.C. (2006). *Casal: Conjugalidade e Ciclo Evolutivo* (dissertação de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Malhotra, N. (2006). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada* (4ª ed.). Porto Alegre: Bookman.

Marôco, J. P. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. (5ª ed). Pêro Pinheiro: ReportNumber.

Mendes, M.L. (2004). *Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença: As Implicações da Doença Crónica na Família e no Centro de Saúde* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Mônego, B. G., & Teodoro, M. L. M. (2011). A teoria triangular do amor de Sternberg e o modelo dos cinco grandes fatores. *Psico-USF*, 16, 97-105.

Morais, A. & Neves, I. (2007). Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista. *Revista Portuguesa de Educação*, 20 (2), 75-104.

Mussumeci, A., & Ponciano, E. (2016). *Coping* Diádico ao Longo do Ciclo de Vida Conjugal. *UniBrasil*, 1 (4), 1-14.

Mussumeci, A., & Ponciano, E. (2017). Estresse, Coping e Experiências Emocionais: Uma Análise das Respostas de Enfrentamento do Casal. *Pensando Famílias*, 21(1), 33-49.

Narciso, I. (1994/1995). Metamorfoses do Amor e da Satisfação Conjugal. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 10/11, 129-139.

Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores Satisfeitos, mas não Perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.

Narciso, I. (2001). *Conjugalidades Satisfeitas, mas não Perfeitas: À Procura do Padrão que Liga* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Nóbrega, R.D., Collet, N., Gomes, I.P., Holanda, E.R. & Araújo, Y.B. (2010). Criança em idade escolar hospitalizada: significado da doença crónica. *Texto&Contexto Enfermagem*, 19(3),425-433.

Norgren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9, 575-584.

Oliveira, G. (2017). *Estabelecimento da Filiação*. [em linha]. Disponível em: <http://www.guilhermedeoliveira.pt/resources/Estabelecimento-da-Filiac%CC%A7a%CC%83o.pdf>. Consultado a 27 nov 2017.

OMS. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2016). *Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region*. Denmark: Regional Committee for Europe. Retirado de <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2016/09/NCDActionPlan.pdf>

Pacheco, A.M. (2008). *Olhando a satisfação: um estudo exploratório em casais Portugueses* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da educação, Universidade de Lisboa, Portugal.

Peixoto, M., & Santos, C. (2009). Estratégias de Coping na família que presta cuidados. *Cadernos de Saúde*, 2 (2), 87-93.

Perel, E. (2008). *Amor e desejo na relação conjugal*. Lisboa: Editorial Presença.

Perel, E. (2017). *Affairs are not what they used to be. In The state of affairs: Rethinking infidelity*. New York: Harper.

Pires, A. (2008). *Estudo da Conjugalidade e da Parentalidade através da Satisfação Conjugal e da Aliança Parental* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Pires, A. (2011). *Coping Diádico e satisfação Conjugal: um estudo em casais portugueses*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Rauer, A. J., Karney, B. R., Garvan, C. W., & Hou, W. (2008). Relationship risks in context: a cumulative risk approach to understanding relationship satisfaction. *Journal of Marriage and Family*, 70(2), 1122–1135.

Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família, perspetiva sistémica*. Porto. Edições Afrontamento.

Rivero, C. (2006). *Da Conjugalidade à Parentalidade*. [em linha]. Retirado de <http://catarinarivero.com/artigos/Da-Conjugalidade-a-Parentalidade.pdf>

Rolland, J. (2001). *Doença crônica e o ciclo de vida familiar*. In B. Carter, & M. McGoldrick (eds.), *As Mudanças no ciclo de vida familiar* (2ªed.) (pp.373-392). Porto Alegre: Artmed Editora.

Santos, S. V. (1994). Características do stress em pais de crianças com doenças crónicas e em pais de crianças com problemática emocional. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 301-313.

Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. (2010). Satisfação Conjugal: Revisão Integrativa da Literatura Científica Nacional. *Psicologia: Teoria e*

*Pesquisa*, 26 (3), 525-531.

Silva-Rodrigues, F., & Nascimento, L. (2011). Próximos, porém distantes: a interação conjugal de pais e mães de crianças com câncer. *Cienc Cuid Saude*, 10(1), 191-196.

Simmons, C., & Lehmann, P. (2012). *Tools for Strengths' Based Assessment and Evaluation*. New York: Springer.

Steffen, B.C., e Casttoldi, L. (2006). Sobrevivendo à tempestade: A influência do tratamento oncológico de um filho na dinâmica conjugal. *Psicologia Ciência e Profissão*. Vol.3. pp. 406-425.

Sousa, J. (2006). As famílias como projetos de vida: O desenvolvimento de competências resilientes na conjugalidade e na parentalidade. *Saber (e) Educar*, 11, 41-47.

Tuckman, B. (2005). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

## Anexos

### Anexo I – Consentimento Informado

#### **Declaração de consentimento informado**

Uma equipa da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra encontra-se a desenvolver um estudo para o qual a sua participação é de extrema importância.

Este estudo insere-se num projeto de investigação que pretende perceber o “Impacto no *coping* diádico da doença crónica no sistema filial”. No essencial, envolve o preenchimento de três instrumentos de avaliação: um Questionário de Dados Sociodemográficos e Complementares, o Inventário de *Coping* Diádico (ICD), e a Escala de Ajustamento Mútuo (no original, *Dyadic Adjustment Scale*, DAS).

Deste modo, pode participar neste estudo qualquer pessoa que, atualmente, se encontre numa situação conjugal de casamento ou união de facto e que tenha, no seu agregado familiar, um filho(a) com doença crónica, podendo este ser filho(a) de ambos ou de apenas um dos cônjuges.

A sua participação é **absolutamente voluntária**, podendo inclusivamente, se assim o entender, desistir a qualquer momento.

Caso concorde em participar é importante que responda de uma forma sincera e espontânea, **não deixando nenhuma questão por responder**. Note que não existem respostas certas ou erradas, o importante é que as suas respostas expressem o que pensa, sente ou faz em cada caso.

Todas as dúvidas e/ou questões que possa ter em relação à sua participação neste projeto podem e devem ser colocadas diretamente à equipa de investigação responsável, através do contacto: [tesemestrado201718@gmail.com](mailto:tesemestrado201718@gmail.com)

O anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos estão totalmente garantidos. As suas respostas serão alvo de tratamento coletivo, exclusivamente no âmbito da investigação para a qual se destinam.

Atenciosamente,

Os investigadores

---

Marisa de Jesus Bártolo

---

Professora Doutora Maria Madalena de Carvalho



## Anexo II – Modelo ofícios

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito de tese de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

*Marisa de Jesus Bártolo*, aluna da Universidade de Coimbra, do Mestrado Integrado em Psicologia, subárea de especialização Psicologia Clínica e da Saúde, sub especialização *Psicoterapia Sistémica e Familiar*, Encontro-me a estagiar no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HSTV. No âmbito do referido mestrado estou a desenvolver uma investigação com vista à realização da minha dissertação de mestrado, com o tema provisório “Impacto no *coping* diádico da doença crónica no sistema filial”. Este trabalho é orientado pela Professora Doutora Maria Madalena de Carvalho, professora na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Para possibilitar a realização da investigação empírica, venho solicitar a Va Exa. que se digne autorizar a recolha de dados na vossa instituição. De acordo com os princípios éticos do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) e da *American Psychological Association* (APA), todos os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial.

Sem mais assunto de momento,

Com os melhores cumprimentos.

Atenciosamente,

---

Marisa de Jesus Bártolo

## Anexo III – Parecer favorável CHTV



## DELIBERAÇÃO

<b>N/ Referência</b>	<b>15/01/2018/4</b>
<b>Designação</b>	Pedido de autorização para recolha de dados no chtv, no âmbito de tese de mestrado integrado em psicologia clínica e da saúde subordinado ao tema provisório "Impacto no coping diádico da doença crónica no sistema filial."
<b>Pedido</b>	Marisa de Jesus Bártolo Professora Doutora Maria Madalena de Carvalho
<b>Data do documento</b>	05 de Janeiro de 2018
<b>Data de Entrada na CES</b>	12 de Janeiro de 2018
<b>Data de Deliberação CES</b>	15 de Janeiro de 2018

Analisado o pedido de autorização para recolha de dados no chtv, no âmbito de tese de mestrado integrado em psicologia clínica e da saúde subordinado ao tema provisório "Impacto no coping diádico da doença crónica no sistema filial", a realizar pela aluna Marisa de Jesus Bártolo sob coordenação e orientação da Professora Doutora Maria Madalena de Carvalho da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, esta CES deliberou que nada há opor ao mesmo.

**Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 15/01/2018:**

Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro  
 Vice-Presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade  
 Vogal: Celeste Maria Barrigas do Nascimento  
 Vogal: Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira  
 Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes  
 Vogal: Fernando José Andrade Ferreira Almeida  
 Vogal: Ana Maria Pinto da Costa

**A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHTV**

---

Av. Rei D. Duarte – 3504 509 VISEU Tel.: 232 420 500 - extensão:1131 Fax:232 420 591 Correio electrónico: [etica@hstvisseu.min-saude.pt](mailto:etica@hstvisseu.min-saude.pt)