



# **Resiliência e Funcionamento Familiar na Doença Oncológica**

**Perceção dos pacientes**

**INÊS FRANCISCO DO CARMO**

Dissertação Apresentada ao ISMT para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia  
Clínica

Ramo de Especialização Terapias Familiares e Sistémicas

**Orientadora:** Professora Doutora Joana Sequeira

**Coimbra, outubro de 2019**

## **Agradecimentos**

Cumprir um sonho depende de nós e de quem lá está, persistentemente, para permitir que esse sonho chegue a bom porto. Como tal, aproveito para deixar alguns agradecimentos especiais:

À Professora Doutora Joana Sequeira pela sua disponibilidade, paciência, honestidade e dedicação a este projeto.

À Doutora Piedade Leão pelo seu apoio, tranquilização, total colaboração com este trabalho e por todas as palavras de incentivo.

Ao Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil E.P.E. por me permitir recolher a amostra para o meu estudo.

A todos os Doentes Oncológicos que participaram neste projeto.

À Mariana, agradeço o seu interesse permanente neste trabalho e o seu contributo.

À minha avó Maria que é uma das pessoas que mais amo, mas que infelizmente, não conseguiu ver nos seus olhos a alegria de ver a sua menina tornar-se psicóloga. Sei que onde me estiveres a ver, estarás cheia de orgulho. Serás sempre a minha maior força!

À minha mãe, por ser uma guerreira incansável e por permitir que tudo isto fosse possível. Nunca existirão palavras suficientes para te agradecer por tudo.

A toda a minha família mais próxima, que sempre esteve presente e ao meu lado nos momentos mais marcantes da minha vida.

Aos meus colegas, Bia, Bárbara e Mário por me aturarem mesmo quando achávamos que já não conseguíamos terminar trabalhos, pelos stresses e pelas gargalhadas. Obrigada por nunca me deixarem baixar os braços.

A ti Pedro, por todas as paranoias que aturaste e pela super paciência que tiveste por me maneres calma em muitas noites mal dormidas.

À minha Fi que me acompanha há mais de 20 anos, pelos conselhos preciosos, total disponibilidade e encorajamento naqueles momentos cruciais desta difícil jornada, que nunca deixou de acreditar em mim. Obrigada por tudo.

## Resumo

**Objetivo:** Esta investigação pretende estudar a percepção do funcionamento familiar e a resiliência familiar em doentes oncológicos.

**Metodologia:** Participaram 150 doentes oncológicos, com idades compreendidas entre os 19 e os 91 anos. Os instrumentos utilizados foram a *Escala de Avaliação da Flexibilidade e da Coesão Familiar* (FACES IV), a *Walsh Family Resilience Questionnaire* (WFRQ) e o questionário sociodemográfico familiar e clínico.

**Resultados:** Os doentes percecionam as suas famílias como coesas, apresentando resultados altos na coesão equilibrada. Apresentam boa comunicação familiar e estão moderadamente satisfeitos com a família. Percecionam algum emaranhamento e rigidez, níveis muito baixos de caoticidade e desmembramento. A percepção de resiliência familiar é elevada no score total e em cada um dos fatores. Em todas as subescalas da WFRQ são as mulheres que pontuam mais alto, percecionando elevada resiliência familiar. Os pacientes que não têm familiares diretos com doença oncológica percecionam a família como mais rígida e os que têm apresentam melhor percepção da comunicação na família. Os pacientes que têm diagnóstico há entre 1 e 2 anos apresentam maior resiliência em todas as dimensões e, em específico, na comunicação e resolução de problemas. Todas as dimensões do funcionamento familiar estão correlacionadas forte ou muito fortemente com as subescalas da resiliência, e as subescalas desequilibradas apresentam correlações negativas, estatisticamente significativas, moderadas e fortes com todas as dimensões da resiliência familiar.

**Conclusões:** Este estudo permite concluir que o funcionamento familiar e a resiliência familiar estão correlacionados e que os pacientes parecem ajustar-se adaptativamente aos desafios da doença oncológica. A elevada percepção de resiliência reforça a ideia de que os desafios e crises fazem emergir capacidades adaptativas.

**Palavras-chave:** Funcionamento Familiar; Resiliência Familiar; Doentes Oncológicos.

## Abstract

**Objective/Purpose:** This research aims to study the perception of family functioning and family resilience in cancer patients.

**Methodology:** A total of 150 cancer patients participated in this research. The ages varied between 19 and 91 years old. The research protocol included the *Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES IV)*, the *Walsh Family Resilience Questionnaire (WFRQ)* and the family and clinical sociodemographic questionnaire.

**Results:** Patients perceive their families as cohesive, showing high results in balanced cohesion. They have good family communication and are moderately satisfied with their families. They perceive some enmeshment and rigidity, very low levels of chaoticity and disengagement. The perception of family resilience is high in the total score and in each of the factors. On all WFRQ subscales woman score higher, perceiving highest family resilience comparing to man. Patients who do not have direct relatives with cancer disease perceive the family as more rigid. Patients who have direct relatives with cancer have a better perception of communication in the family. Patients who have been diagnosed for 1 and 2 years show greater resilience in all dimensions namely, in communication and problem solving. Those who have been diagnosed for less than 1 year perceive less resilience. All dimensions of family functioning correlate strongly or very strongly with resilience subscales, and unbalanced subscales show negative, statistically significant, moderate, and strong correlations with all dimensions of family resilience.

**Conclusions:** This study concludes that family functioning and family resilience are correlated and that patients and their families respond adaptively to the challenges posed by cancer disease. The high perception of resilience reinforces the idea that challenges and crises give rise to adaptive capabilities.

**Keywords:** Family Functioning; Family Resilience; Cancer Patients.

## Índice

Introdução.....	1
Materiais e Métodos.....	8
Objetivos do estudo .....	8
Participantes.....	8
Procedimentos.....	10
Instrumentos.....	11
Análise Estatística .....	17
Resultados .....	18
Percepção do Funcionamento Familiar .....	18
Percepção da Resiliência Familiar .....	22
Relação entre o Funcionamento Familiar e Resiliência (FACES IV e WFRQ) .....	26
Discussão.....	27
Conclusão .....	32
Referências Bibliográficas .....	32

## Introdução

Em Portugal, a doença oncológica é uma importante causa de morbilidade e mortalidade, diagnosticando-se entre 40 a 45 mil novos casos de cancro anualmente (Pimentel, 2006). O cancro da mama é o mais frequente e ocorre nas mulheres, afetando uma em cada dez, representando 21% dos novos casos (Giraldo-Mora, 2009).

Este trabalho tem como objetivo estudar a perceção de funcionamento familiar e a resiliência de pacientes diagnosticados com uma doença oncológica.

De acordo com Ferreira, Costa e Sanchez (2010), entende-se por doença crónica uma doença de longa duração e progressão lenta que provoca sequelas funcionais. O cancro é considerado uma doença crónica. O doente oncológico sofre modificações no seu estilo de vida, como consequência da doença, dos tratamentos e internamentos hospitalares. A família do doente acompanha-o, no seu dia-a-dia, tanto no domicílio como nos internamentos, sendo também afetada o seu equilíbrio familiar. Tanto o doente como a família terão de se adaptar à realidade da doença.

A experiência do cancro é um acontecimento de vida, uma crise acidental, que requer a adaptação tanto do doente como da sua família. As famílias desenvolvem variadas estratégias para se adaptarem a este evento stressante. A coesão, a flexibilidade, a capacidade para desenvolver e manter uma rede social e uma comunicação saudável, são alguns dos processos de adaptação críticos (Duvall et al., 1985; Anaut, 2005). O doente confronta-se, face à doença, com mudanças de comportamento, sintomas da doença e consequências dos tratamentos, alterações físicas, dificuldades emocionais, nalguns casos, suspensão na atividade profissional e/ou outras atividades do dia-a-dia. Também a família experiencia a crise, ocorrendo alterações nas rotinas, regras, rituais familiares e redistribuição dos papéis, tal como eles estavam anteriormente estabelecidos (Bielemann, 2003; Pereira & Lopes, 2005).

Segundo Grassi e Riba (2012) a família constitui o sistema que mais influência tem no processo da doença, e por isso, o impacto das condições relatadas pode ter implicações psicológicas nos doentes oncológicos e nas suas famílias, como por exemplo dificuldades na, adaptação à doença, comprometimento das relações sociais e da situação financeira da família.

Segundo Rolland (2005) as respostas e as reações familiares, baseadas no impacto psicológico, estão relacionadas com as etapas da doença crónica. O início da doença pode ser agudo, exigindo à família uma maior rapidez de resposta face à crise,

ao contrário de situações em que o ajuste pode ser mais prolongado. Quando o curso da doença é gradual, interfere na adaptação familiar, uma vez que a doença é constantemente sintomática, a adaptação é constante e progressiva, podendo levar a família à exaustão. Quando o curso da doença é constante, a família encara como uma situação previsível, podendo não ocorrer mudanças durante grandes períodos de tempo. No entanto, a própria doença exige flexibilidade e impulsionar, a dinâmica familiar para o extremo da crise, resultante de procura de estabilidade.

Para Rolland (2005) existem três fases da doença. Cada fase tem as suas próprias tarefas desenvolvimentais psicossociais que requerem forças, atitudes ou mudanças familiares significativamente diferentes. Elas são: crise, crónica e terminal.

A fase de crise é o período sintomático antes do diagnóstico e inicial de reajustamento, depois do problema ser esclarecido através de um diagnóstico e de um plano de tratamento. Durante esta etapa tanto o doente como a família necessitam de aprender a lidar com a dor, a incapacitação ou outros problemas ligados à doença; aprender a posicionar-se no ambiente do hospital e com os processos terapêuticos; unir-se para conseguir a reorganização da crise, a curto prazo; procurar uma posição de aceitação da mudança permanente; e, perante a incerteza, serem flexíveis, tendo em vista objetivos futuros (Sousa et al., 2007).

A fase crónica é caracterizada como uma fase intermédia, entre a fase de crise e a terminal (Rolland, 2005), sendo a fase de tratamento (Veach, Nicholas & Barton, 2012). Esta fase é também chamada de “viver o dia-a-dia com a doença crónica” (Rolland, 2005). Como é uma fase de tratamento, exige à família flexibilidade, devido às exigências do tratamento (Veach, Nicholas & Barton, 2012). Por último, na fase terminal a família é confrontada com a separação e com o luto, o que faz com que esta necessite de reorganizar-se (Rolland, 2005) sem a doença e, eventualmente, sem o doente (Rolland, 1984; Sousa et al., 2007). A família precisa de encontrar um novo equilíbrio entre a conexão e a separação e encontrar o equilíbrio entre a comunicação aberta e a negação (Rolland, 2005).

Segundo Teixeira e Pereira (2011) o cancro pode mudar a identidade familiar, os papéis e o funcionamento diário e as consequências da doença podem ser profundas e duradouras.

Um estudo efetuado por Fonseca, Nogueira e Marcon (2004) sobre as necessidades das famílias que têm uma pessoa com doença crónica concluíram que as principais problemáticas vivenciadas são fundamentalmente de carácter físico,

emocional, económico e social. No mesmo sentido um estudo português desenvolvido por Canteiro (2015) teve como objetivo avaliar a doença oncológica e o seu impacto tanto na vida do doente como na dos seus familiares e identificar quais as mudanças que causam um maior impacto na dinâmica da família, na sequência de um diagnóstico de cancro. Este estudo foi realizado num Hospital Público de Évora recorrendo a uma entrevista semiestruturada. Os resultados evidenciam reações de choque, revolta e choro numa fase inicial, pensamentos relacionados com a antecipação da morte do doente e preocupação com a família por parte dos doentes. Os familiares de doentes oncológicos, além de sofrerem um impacto ao nível emocional (medo, ansiedade, depressão, insegurança, desesperança) desenvolvem também dificuldades a nível económico, profissional e educacional, assim como isolamento social. Estudos adicionais também apontam no sentido destes resultados (Fonseca, Nogueira & Marcon, 2004; Stenberg et al., 2009).

Um estudo efetuado por Abreu (2015) teve como objetivo comparar familiares de doentes em fase crónica e em fase terminal. No estudo participaram 77 familiares de doentes oncológicos dos Hospitais de Braga, Beja, Cantanhede, Instituto Português de Oncologia de Coimbra e Clínica de Saúde de Santa Filomena. Os instrumentos utilizados no estudo foram o *Emotion Thermometers Scale – Burden Version*, o *Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory – Short Form (MMCGI-SF)* e o *Brief Symptom Inventory (BSI)*. No que diz respeito aos resultados obtidos não se verificaram diferenças significativas entre os familiares de doentes crónicos e doentes terminais no que diz respeito ao nível da perceção da alteração emocional e impacto e da sintomatologia psicológica. No entanto, houve evidências de diferenças estatisticamente significativas na sobrecarga e impacto social. Os familiares de doentes terminais relatam um maior grau de sobrecarga e impacto social que os familiares de doentes crónicos assim como os familiares de doentes terminais relatam um maior grau do sentimento de tristeza e saudade que os familiares de doentes crónicos. Segundo Rolland (1994) os familiares de doentes terminais descrevem uma perceção de maior impacto ao nível social, levando a família a movimentos centrípetos. Situação esta também verificada no estudo de Abreu (2015).

Na perspetiva de Ribeiro (2005) existem três áreas que são especialmente afetadas no que diz respeito ao impacto da doença oncológica com prognóstico muito reservado do cônjuge: a relação conjugal, o estado emocional e a gestão do lar. Todo o sistema familiar é extremamente afetado quer a nível emocional, quer a nível cognitivo,

no entanto, se o cônjuge é a principal fonte de rendimento da família as consequências económicas acentuam-se.

A presença de um dos elementos na família com doença oncológica, constitui uma das mais graves situações de *stress*. Numa perspetiva sistémica a família pode estimular ou dificultar a recuperação dos elementos (Ribeiro, 2005).

Segundo Moreira (2001), aparecem transformações significativas na família e implica uma mudança global e qualitativa do sistema. Torna-se mais direcionada para o doente, mais coesa, tendo menos disponibilidade para os restantes elementos, privando-se da sua atividade social.

Perante uma situação de crise como é a doença oncológica, a capacidade de adaptação e mudança na família é fundamental.

Segundo Pereira e Lopes (2005), grande parte das famílias responde de maneira resiliente à doença, todavia, cerca de um terço experimentam também níveis clinicamente significativos de *stress* e perturbações psicossociais.

De acordo com alguns autores (Anaut, 2002; Angelo, 2001) a intervenção dos profissionais de saúde que trabalham com estas famílias deve orientar-se no sentido de coadjuvar a família a desenvolver resiliência e forças, invocando uma abordagem sobre as competências, por oposição a uma abordagem centrada nas vulnerabilidades. Por outro lado, a perspetiva da resiliência, não menospreza os fatores de vulnerabilidade mas tem uma visão sistémica e multifatorial. O foco na resiliência familiar centra-se em áreas essenciais que possibilitam o fortalecimento familiar, face a situações de crise (Figueiredo, 2009). Esta abordagem estimula os profissionais e membros da família a desenvolverem as competências e o potencial de cada família e encorajarem um processo ativo de reestruturação e crescimento (Walsh, 2005).

A palavra “resiliência” em latim *resiliens*, segundo a sua origem etimológica, significa retornar a um estado anterior. É uma definição que tem origem na física, e que foi inicialmente traduzida por Thomas Young em 1807. Refere-se à capacidade de um material consumir energia sem sofrer deformação plástica ou permanente, tem implícito o conceito de flexibilidade. Na psicologia, a resiliência diz respeito aos fenómenos que explicam a capacidade do indivíduo em ultrapassar, superar crises e acontecimentos de vida stressantes de forma positiva (Yunes et al., 2004).

A resiliência é uma resposta positiva às situações difíceis e altamente desafiantes, mesmo quando estas oferecem um grande risco para a sua saúde/desenvolvimento. Também implica possibilidade de desenvolvimento saudável,

apesar do confronto com diversas dificuldades (Pinheiro, 2004; Silva, Elsen & Lacharité, 2003; Yunes, 2003).

A resiliência não é estática. Ou seja, uma pessoa pode-se mostrar resiliente perante determinada situação e, posteriormente, não o ser noutra situação ou mesmo face a um evento semelhante (Carvalho, 2007). A resiliência é um sistema dinâmico que se propaga a partir das relações que a pessoa estabelece com o seu contexto ao longo da vida, pelo que ser classificado de resiliente numa determinada ocasião não garante que esse indivíduo continue a ter um bom ajustamento a partir daí e/ou sempre.

Quando se fala de resiliência é imprescindível falar também em resiliência familiar. Esta refere-se à capacidade da família resistir e recuperar-se da adversidade, fortalecida e mais competente (Walsh, 2003). Mais do que lidar ou sobreviver a um evento adverso, a resiliência envolve adaptação positiva, capacidade de prosperar, envolve transformação pessoal e relacional e crescimento positivo através da experiência de adversidade. As famílias, perante grandes adversidades e crises, vivenciam sofrimento, adaptação e mudança mas podem emergir mais fortes, mais afetuosas, determinadas nas suas vidas e mais capazes de enfrentar desafios futuros (Walsh, 2016b).

Para Walsh (2003), numa perspetiva sistémica, as crises graves e os desafios persistentes afetam a família como um todo, assim como os seus elementos individualmente. Perante a adversidade, a abordagem e a resposta da família são cruciais no desenvolvimento de processos de resiliência. Embora algumas famílias sejam mais vulneráveis ou tenham sofrido traumas graves ou dificuldades prolongadas no tempo, a perspetiva resiliente baseia-se na convicção do potencial de reparação e crescimento.

Os processos-chave da resiliência familiar são descritos por Walsh (1998, 2003). Estes são 1) sistema de crenças; 2) padrões organizacionais e 3) comunicação e resolução de problemas.

O sistema de crenças da família abrange perspetivas que a família possui em situações de crise, que afetam as prováveis soluções tomadas (idem). Esta dimensão implica uma perspetiva positiva. A dimensão padrões organizacionais diz respeito a uma abertura à mudança, flexibilidade, conetividade e identificação/utilização dos recursos disponíveis (idem). A última dimensão foca-se na comunicação da família. Ter uma comunicação aberta implica mensagens claras e consistentes, partilha de eventos/sentimentos dolorosos. Posto isto, a última dimensão ajuda a família a aceitar

diferenças entre os elementos e incentiva a liberdade de expressar emoções (Walsh, 1998).

As famílias com um funcionamento flexível têm vínculos familiares e são coesas são também chamadas resilientes (McCubbin & McCubbin, 1993; McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001). A coesão familiar é um factor relevante na resiliência (Pinheiro, 2004) pois, as famílias coesas têm ligação entre si, estão bem definidas as suas prioridades e objetivos. Sabem para onde vão e valorizam mais o “nós” e não tanto o “eu”, enfrentando as dificuldades e os problemas de forma eficaz (Hawley & DeHann, 1996). Por outro lado, tanto a flexibilidade como o vínculo familiar são aspetos essenciais na adaptação ao *stress* e à doença. A família deve desenvolver novos padrões de funcionamento, perante a situação que se confronta de maneira a encontrar alguma estabilidade (Cano & Moré, 2008; McCubbin & McCubbin, 1993; McCubbin, McCubbin, Thompson, Han & Allen, 1997).

Para Olson (2000), a coesão e a flexibilidade familiar são dimensões centrais no funcionamento da família. A flexibilidade diz respeito à capacidade que a família tem de mudar, liderar, definir papéis e a coesão é a ligação emocional que existe entre os elementos da família (Olson, 2011; Olson & Gorall, 2006). As famílias flexíveis têm um bom ajustamento e são capazes de desenvolver mudanças, os papéis são claros e as regras firmes. As famílias que têm níveis equilibrados de coesão são caracterizadas por união entre os seus elementos, sem que sejam dependentes, o que significa que mantém a sua autonomia (Olson & Gorall, 2003).

Os níveis extremos da flexibilidade podem ser problemáticos para a família, uma vez que, a longo prazo, tendem a ser demasiado estáveis (rígido) ou a ter muitas mudanças (caótico) (Relvas, 2006).

Os níveis desequilibrados da coesão mostram excesso de separação (desmembrada) ou aproximação (emaranhada), o que também é problemático para a família (Olson & Gorall, 2003). A falta de diferenciação no sistema está associada a dificuldades de adaptação, complicando o processo de autonomia e socialização dos elementos (Alarcão, 2002; Barber, Olson & Shagle, 1994).

Segundo o Modelo Circumplexo, quando existem níveis equilibrados de coesão e de flexibilidade, existe um funcionamento familiar saudável. Estas famílias possuem ainda, uma maior satisfação familiar e comunicação funcional entre os elementos (Olson & Gorall, 2006; Olson, 2011).

Um estudo efetuado por Pereira e Teixeira (2013) utilizou a FACES IV para estudar adultos cuidadores de pais com doença oncológica. No estudo participaram 214 filhos adultos de pacientes em quimioterapia. Os instrumentos utilizados foram a FACES IV, a Escala de Comunicação Familiar (FCS), a Escala de Satisfação Familiar (FSS) e a Escala de Satisfação com Suporte Social (SSSS). Este estudo foi desenvolvido em três hospitais do norte de Portugal. Os resultados obtidos neste estudo mostram que existe uma alta correlação entre a coesão e a flexibilidade. Estes resultados são consistentes com o estudo original da escala (Olson, 2011). Este estudo mostra ainda, que as subescalas desequilibradas da FACES IV pontuaram baixo ao contrário da emaranhada que obteve um resultado médio. Concluindo os cuidadores de pais com doença oncológica percecionam-se como coesos e flexíveis.

Também foi realizada uma investigação que analisou a perceção de coesão familiar em famílias com crianças com doença crónica, desenvolvida por Oliveira, Araújo e Rodrigues (2012). Participaram 85 famílias residentes no distrito de Braga. O instrumento aplicado foi a escala APGAR familiar de Smilkstein (Smilkstein, 1978; Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982; Smilkstein, 1984). Este instrumento avalia o funcionamento familiar, quanto ao grau de satisfação familiar, avaliando a família como funcional ou disfuncional (Figueiredo, 2009). Os autores concluíram que o elevado nível de coesão está interligado com a situação de crise e adaptação que a doença crónica introduz no sistema familiar. Os resultados do estudo mostram níveis altos de funcionalidade comparando com outros estudos de famílias com crianças saudáveis ou sem patologia crónica (Rofriguez & Soarez, 2000).

Conclui-se que face à doença oncológica a família e o doente experienciam uma crise e *stress* considerável, que se pode prolongar no tempo que tem impacto no funcionamento da família, ao nível da coesão, que se torna mais elevada, da necessidade de considerável flexibilidade, comunicação clara e também resiliência. Porém não foram encontrados estudos que analisem estas dimensões em pacientes e famílias com doença oncológica. Este estudo tem como principal objetivo estudar a perceção do funcionamento familiar e a resiliência da família de doentes oncológicos e analisar a relação entre as duas dimensões.

## **Materiais e Métodos**

### **Objetivos do estudo**

A presente investigação tem como objetivo estudar o funcionamento familiar e a resiliência na doença oncológica. Os objetivos específicos são:

1. Estudar a perceção do funcionamento familiar (coesão, flexibilidade, satisfação e comunicação na família) dos doentes oncológicos.
2. Analisar a resiliência familiar (sistema de crenças, padrões organizacionais e comunicação e resolução de problemas) dos doentes oncológicos.
3. Analisar se existem diferenças no funcionamento e na resiliência familiar em função das variáveis sexo, estrutura familiar, etapa do ciclo vital, primeiro diagnóstico de doença oncológica, familiares diretos com diagnóstico de doença e o tempo do diagnóstico.
4. Correlacionar o funcionamento e a resiliência familiar.

### **Participantes**

Neste estudo participaram 150 doentes oncológicos. Os dados foram recolhidos no Instituto Português Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, E.P.E., (61 doentes) e através da plataforma *Google Docs* (tendo o estudo sido divulgado através da rede social *Facebook*) (89 doentes). O estudo foi ainda divulgado num grupo fechado de doentes oncológicas onde das 89 que responderam *online*, 72 faziam parte deste grupo. A amostragem é não-probabilística e por conveniência (Marrôco, 2011). A recolha teve início em Junho e terminou em Outubro de 2019.

Na tabela 1 podemos observar a caracterização sociodemográfica familiar dos participantes e na tabela 2 a caracterização clínica dos participantes. Dos 150 doentes, 122 (81,3%) são do sexo feminino e 28 (18,7%) do sexo masculino com idades compreendidas entre os 19 e os 91 anos. 85 (56,7%) são casados e 23 (15,3%) em união de facto. Cento e dezasseis (77,3%) têm profissões intelectuais e 34 (22,7%) manuais e na sua grande maioria, encontram-se no ativo (56,7%). Quanto à estrutura familiar, 70 (46,7%) são famílias nucleares e têm 2 filhos (37,3%), a maioria e encontram-se na etapa do ciclo vital família com filhos adultos (60,7%). Dos 150 doentes, 95 (63,3%) têm cancro da mama, 137 (91,3%) referem que é o primeiro diagnóstico de doença oncológica e 97 (64,7%) tem familiares diretos com diagnóstico de doença oncológica. 83 (55,3%) encontram-se em follow-up, após o tratamento.

**Tabela 1***Caracterização sociodemográfica familiar dos participantes (N = 150)*

		<b>n</b>	<b>%</b>
Sexo	Masculino	28	18,7
	Feminino	<b>122</b>	<b>81,3</b>
Idade	19-40	29	19,3
	41-60	<b>83</b>	<b>55,3</b>
	>60	38	25,3
Estado Civil	Solteiro	14	9,3
	União de Facto	23	15,3
	Casado	<b>85</b>	<b>56,7</b>
	Viúvo	12	8,0
	Divorciado	16	10,7
Profissão	Manual	34	22,7
	Intelectual	<b>116</b>	<b>77,3</b>
Situação Profissional	Ativo	<b>85</b>	<b>56,7</b>
	Aposentado	35	23,3
	Desempregado	21	14,0
	Baixa Médica	8	5,3
	Estudante	1	0,7
Estrutura Familiar	Díade Conjugal	34	22,7
	Família Nuclear	<b>70</b>	<b>46,7</b>
	Família Monoparental	13	8,7
	Família Alargada	21	14,0
	Família Reconstituída	1	0,7
	Agregado Unipessoal	11	7,3
Número de Filhos	0	24	16,0
	1 filho	51	34,0
	2 filhos	<b>56</b>	<b>37,3</b>
	3 filhos	15	10,0
	4 filhos	2	1,3
	>4 filhos	2	1,3
Etapa do Ciclo Vital	Formação de Casal	14	9,3
	Família com filhos pequenos	8	5,3
	Família com filhos na escola	14	9,3
	Família com filhos adolescentes	23	15,3
	Família com filhos adultos	<b>91</b>	<b>60,7</b>
Meio de Residência	Cidade	<b>89</b>	<b>59,3</b>
	Vila	31	20,7
	Aldeia	30	20,0
Dispersão Geográfica	Norte de Portugal Continental	32	21,3
	Centro de Portugal Continental	<b>99</b>	<b>66,0</b>
	Sul de Portugal Continental	15	10,0
	Ilhas	4	2,7

Nota. N = amostra total; n = frequência; % = percentagem de participantes.

**Tabela 2***Caracterização sociodemográfica clínica dos participantes (N = 150)*

		<b>n</b>	<b>%</b>
Diagnóstico	Intestinal	20	13,3
	Tumor de Origem Hematológica	11	7,3
	Cancro Ginecológico	6	4,0
	Mama	<b>95</b>	<b>63,3</b>
	Cabeça e Pescoço	4	2,7
	Pulmão	4	2,7
	Testículo	4	2,7
	Outros	6	4,0
Primeiro Diagnóstico	Sim	<b>137</b>	<b>91,3</b>
	Não	13	8,7
Familiares Diretos com Diagnóstico	Sim	<b>97</b>	<b>64,7</b>
	Não	53	35,3
Tempo de Diagnóstico	Até 1 ano	51	34,0
	Entre 1-2 anos	33	22,0
	Mais de 2 anos	<b>66</b>	<b>44,0</b>
Tratamento	Quimioterapia	20	13,3
	Radioterapia	4	2,7
	Cirurgia	19	12,7
	Radioterapia e Cirurgia	18	12,0
	Quimioterapia e Radioterapia	4	2,7
	Quimioterapia e Cirurgia	21	14,0
	Todos	<b>64</b>	<b>42,7</b>
Fase de Tratamento	Aguardar diagnóstico	1	0,7
	Iniciação do tratamento	6	4,0
	Durante o tratamento	60	40,0
	Após o tratamento	<b>83</b>	<b>55,3</b>

*Nota.* N = amostra total; n = frequência; % = percentagem de participantes.

## Procedimentos

Foi solicitado um parecer à Comissão de Ética do Instituto Português Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil E.P.E. Após a sua aprovação, solicitou-se colaboração com a psicóloga da instituição para a administração do protocolo. A aplicação dos instrumentos demorava cerca de 20 a 30 minutos e foi realizada no IPO. Outros protocolos foram preenchidos *online*.

Todos os participantes foram informados sobre o objetivo da investigação, tendo sido assegurado o total anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, bem como a utilização apenas para fins previstos nesta investigação - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior Miguel Torga (Apêndice A).

## **Instrumentos**

*Questionário de dados sociodemográficos, familiares e clínicos.* O questionário sociodemográfico pretende recolher dados demográficos dos sujeitos. É constituído por quinze questões relativas ao sexo, idade, estado civil, profissão e situação profissional, estrutura familiar, número de filhos, etapa do ciclo vital, residência, diagnóstico e localização do tumor, familiares diretos com diagnóstico de doença oncológica, tempo do diagnóstico, tratamentos já realizados e fase do tratamento em que se encontra (Apêndice B).

*Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES IV traduzida e validada Sequeira, Cerveira, Moreira, Neves, Silva, Espírito-Santo, Guadalupe e Vicente, 2015) (Anexo I). A FACES IV é uma escala de autorresposta que tem por objetivo conhecer a perceção do funcionamento da família, com aplicação a vários elementos da mesma, com idades superiores a 12 anos. É composta por 62 questões do tipo Likert e varia entre discordo totalmente (1), discordo (2), indeciso (3), concordo (4) e concordo totalmente (5). É constituída por seis subescalas: duas escalas equilibradas (coesão e flexibilidade) e quatro desequilibradas (desmembrada e emaranhada, no que se refere à coesão; rígida e caótica, no que se refere à flexibilidade). Tem ainda, duas subescalas que avaliam a comunicação e a satisfação familiar (Olson, 2011).

Na Tabela 3, encontram-se detalhadas as subescalas e os respetivos itens.

**Tabela 3***Subescalas da Escala FACES IV- distribuição dos itens*

<b>Subescalas</b>	<b>Itens</b>	<b>Número total de itens</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Coesão Equilibrada	1,7,13,19,25,31,37	7	7	35
Flexibilidade Equilibrada	2,8,14,20,26,32,38	7	7	35
Desmembrada	3,9,15,21,27,33,39	7	7	35
Emaranhada	4,10,16,22,28,34,40	7	7	35
Rígida	5,11,17,23,29,35,41	7	7	35
Caótica	6,12,18,24,30,36,42	7	7	35
Comunicação	43,44,45,46,47,48,49,50,51,52	10	10	50
Satisfação	53,54,55,56,57,58,59,60,61,62	10	10	40

A subescala Coesão Equilibrada refere-se à ligação emocional entre os vários elementos da família (exemplo item 7 - *os elementos da família sentem-se muito próximos uns aos outros*).

A subescala Flexibilidade Equilibrada refere-se aos indicadores de flexibilidade ajustada (exemplo item 8 - *na nossa família os pais partilham a liderança de um modo equilibrado*) (Olson,2000). A subescala Desmembrada e Emaranhada avaliam, níveis extremos de coesão, considerados desequilibrados (exemplo item 9 - *quando estão em casa, os membros da família parecem evitar o contacto uns com os outros* e o item 10 - *os elementos da família sentem-se pressionados para passarem a maioria do tempo livre juntos*, respetivamente) (idem).

As subescalas flexibilidade, rígida e caótica, avaliam os extremos da adaptabilidade, não mudança e excesso de mudança (exemplo o item 5 - *quando se quebram as regras da família há consequências graves* e o item 18 - *na nossa família não conseguimos concretizar as coisas*).

A subescala Comunicação, refere-se a competências de escuta, de diálogo, a partilha de sentimentos, capacidade de dar seguimento a uma conversa, a clareza, o respeito e a consideração pelos elementos da família (exemplo item 49 - *quando*

*colocamos questões uns aos outros recebemos respostas honestas*) (Olson & Gorall, 2009).

A subescala Satisfação avalia o contentamento geral com a família (exemplo surge o item 62 – *a maneira como os elementos da família se preocupam uns com os outros*).

Resultados baixos nas subescalas equilibradas estão relacionados com um funcionamento familiar problemático e pontuações altas nestas subescalas apontam um funcionamento familiar saudável. Nas subescalas desequilibradas os resultados baixos estão associados a um funcionamento familiar saudável e as pontuações altas a um funcionamento problemático (Sequeira et al, 2015).

Na tabela 4 pode-se ver os valores do *Alfa de Cronbach* para cada subescala deste estudo, assim como o *Alfa de Cronbach* da versão original da FACES IV (Olson, 2011).

**Tabela 4**

*Coefficiente de Consistência Interna da escala FACES IV*

<b>Subescalas</b>	<b><i>Alfa de Cronbach</i></b>	<b><i>Alfa de Cronbach (Olson,2011)</i></b>
Coesão	0,818	0,89
Flexibilidade	0,772	0,84
Desequilibradas		
Desmembrada	0,808	0,87
Emaranhada	0,403	0,77
Rígida	0,519	0,82
Caótica	0,805	0,86
Comunicação	0,930	
Satisfação	0,955	0,93
Total FACES IV	0,811	

Olson e Gorall (2006) descreveram seis perfis familiares: famílias equilibradas, rigidamente coesas, médias, flexivelmente desequilibradas, caoticamente desmembradas e desequilibradas, como se pode ver na Figura 1.

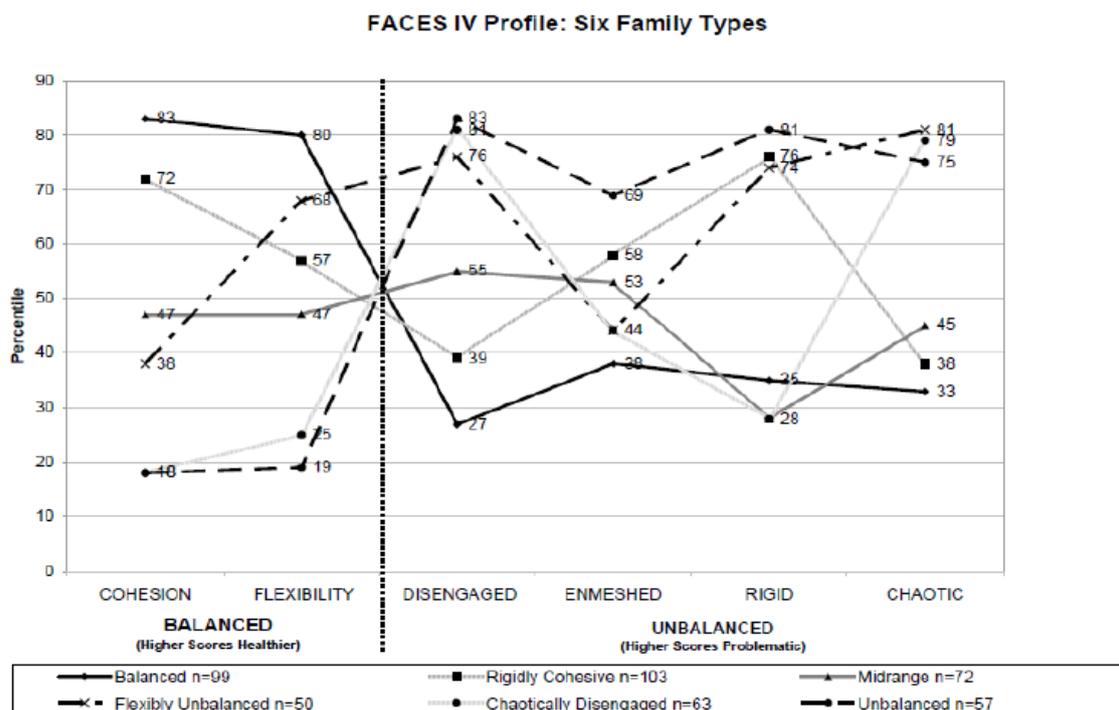


Figura 1. Folha de perfil da FACES IV.

*Cluster 1. Equilibradas (Balanced):* estas famílias são caracterizadas por resultados mais altos nas subescalas equilibradas e mais baixos nas subescalas desequilibradas, o que significa que existem altos níveis de funcionalidade. Estas famílias, lidam bem com o *stress*, são coesas e promovem mudanças associadas aos desafios com que se deparam.

*Cluster 2. Rigidamente Coesas (Rigidly cohesive):* estas famílias pontuam alto nas subescalas coesão e coesão rígida, moderado na subescala emaranhada e baixo nas subescalas desmembrada e caótica. São caracterizadas por terem elevados níveis de proximidade emocional e rigidez quanto à estrutura. É possível que funcionem ajustadamente devido ao seu grau de proximidade, no entanto, podem ter dificuldades em promover mudanças face à rigidez que as caracteriza.

*Cluster 3. Médias (Midrange):* estas famílias pontuam ora alto ora baixo na subescala rígida e apresenta valores médios nas restantes subescalas. No geral são famílias com um funcionamento adequado, uma vez que não se situam nos níveis extremos, mas são vulneráveis face a eventos stressantes podendo desequilibrar-se com maior facilidade.

*Cluster 4. Flexivelmente Desequilibradas (Flexibility Unbalanced):* estas famílias apresentam valores medianos ou baixos na subescala da coesão. Em todas as

outras subescalas mostram pontuações altas. Estes resultados demonstram um funcionamento problemático. No entanto, como pontuam alto na subescala flexibilidade pode indicar que estas famílias são capazes de promover mudanças e ajustar-se.

*Cluster 5. Caoticamente Desligadas (Chaotically Disengaged):* estas famílias apresentam pontuações baixas nas subescalas rígida, emaranhada, coesão e flexibilidade. Apresentam apenas, pontuações altas nas subescalas caótica e desmembrada. Pode-se dizer que estas famílias têm problemas na coesão, mais precisamente, falta de proximidade emocional. São ainda, potencialmente problemáticas pelo afastamento relacional e excesso de flexibilidade.

*Cluster 6. Desequilibradas (Unbalanced):* estas famílias pontuam baixo nas 2 subescalas equilibradas e alto nas 4 subescalas desequilibradas. São encaradas como problemáticas e o oposto das famílias equilibradas. De todas as famílias mencionadas anteriormente, são estas as que muito provavelmente necessitarão de terapia, uma vez que pelo seu funcionamento geral são aquelas que representam um panorama mais problemático.

A fim de calcular o grau de equilíbrio ou desequilíbrio das famílias, Olson e Gorall (2006) desenvolveram três rácios: o da coesão equilibrada, o da flexibilidade equilibrada e o rácio total. Na figura 2 estão representadas as fórmulas dos mesmos.

#### **Coesão equilibrada**

$$\frac{\text{Coesão Equilibrada}}{[(\text{Emaranhada} + \text{Desmembrada})/2]}$$

#### **Flexibilidade equilibrada**

$$\frac{\text{Flexibilidade Equilibrada}}{[(\text{Caótica} + \text{Rígida})/2]}$$

#### **Total**

$$\frac{[(\text{Coesão Equilibrada} + \text{Flexibilidade Equilibrada})/2]}{[(\text{Emaranhada} + \text{Desmembrada} + \text{Caótica} + \text{Rígida})/4]}$$

*Figura 2.* Cálculo dos Rácios da FACES IV.

Quanto aos resultados quanto mais elevado for o rácio, acima de 1, mais funcional é a família. Quanto mais baixo for o rácio, abaixo de 1, maior o desequilíbrio familiar (Olson, 2010).

*Walsh Family Resilience Questionnaire* (WFRQ; Walsh, 2015; tradução e adaptação portuguesa Sequeira & Vicente, 2019) (Anexo II). A escala é composta por 32 questões do tipo Likert, com 5 pontos que variam entre raramente/nunca (1), poucas vezes (2), às vezes (3), frequentemente (4) e quase sempre (5). Esta escala tem como objetivo avaliar a Resiliência Familiar e possui 3 fatores processos-chave - o sistema de crenças, os padrões organizacionais e a comunicação e resolução de problemas. A cotação varia entre 1 e 5. Na Tabela 5 encontram-se detalhadas as dimensões que compõem a escala e os respetivos itens.

**Tabela 5**

*Distribuição dos itens pelas respetivas dimensões da Escala WFRQ*

<b>Dimensões</b>	<b>Itens</b>	<b>Número Total dos Itens</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Sistema de Crenças	1,2,3,4,5,6,7,9,15,16, 17,18,24,25,26,29	16	5	80
Padrões Organizacionais	8,10,11,12,13,14,27, 28,30,31	10	5	50
Comunicação e Resolução de Problemas	19,20,21,22,23,32	6	5	30

A dimensão sistema de crenças remete para uma perspetiva positiva, como esperança, confiança na superação das dificuldades, aceitar o que não pode ser mudado e tolerar a incerteza; transcendência e espiritualidade; e encontrar significado na adversidade, como normalizar, contextualizar o *stress*, ver a crise como um desafio significativo, compreensível e gerível (exemplo item 3 - *abordamos uma crise como um desafio que conseguimos gerir e superar se partilharmos esforços*).

Relativamente à dimensão padrões organizacionais implica flexibilidade, e mudança (recuperar-se, reorganizar-se, adaptar-se a novas condições), estabilidade para superar a perturbação, parentalidade cooperativa; conetividade, apoio mútuo, colaboração e comprometimento; e recursos sociais e económicos, como construir segurança financeira, mobilizar redes de parentesco, sociais e comunitárias (exemplo item 13: *acreditamos que podemos aprender e fortalecer-nos através dos desafios que enfrentamos*).

A terceira dimensão, comunicação e resolução de problemas, diz respeito a mensagens claras e consistentes, partilhar sentimentos dolorosos, interações prazerosas e partilhar tomadas de decisão, construir sobre o sucesso, aprender com o fracasso (exemplo item 32: *planeamos e preparamo-nos para o futuro e tentamos prevenir crises*). Na tabela 6 pode-se ver os valores do *Alfa de Cronbach* para cada subescala deste estudo, assim como o *Alfa de Cronbach* da versão italiana.

**Tabela 6**

*Coefficiente de Consistência Interna da escala WFRQ*

<b>Subescalas</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Alfa de Cronbach (Rocchi et al. 2017)</b>
Sistema de Crenças	0,960	0,928
Padrões Organizacionais	0,897	0,863
Comunicação e Resolução de Problemas	0,764	0,567
Total WFRQ	0,966	0,946

### **Análise Estatística**

A análise de dados foi realizada através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics, versão 25) para Windows.

Optou-se por utilizar os resultados brutos das subescalas da FACES IV e da WFRQ uma vez que estes são mais precisos que os percentis. O cálculo do percentil foi equacionado por Olson (2010), no entanto, não foi pensado para uma amostra clínica.

Em primeiro lugar, foi feita uma análise exploratória para variáveis qualitativas (média e desvio padrão) e variáveis quantitativas (valores mínimo e máximo).

De seguida, foi feita uma análise para averiguar a normalidade das variáveis. Para isso, foi usado o teste Shapiro-Wilk, que indicou uma distribuição não normal. Posto isto, optou-se por utilizar testes paramétricos: *Teste U de Mann-Whitney* para comparar 2 variáveis e *Teste de Kruskal-Wallis* para comparar 3 ou mais variáveis.

A partir dos *Testes U de Mann-Whitney* e *Testes de Kruskal-Wallis* verificou-se se existiam diferenças significativas no funcionamento e resiliência familiar em função de algumas variáveis sociodemográficas selecionadas.

Os valores de alfa de Cronbach das escalas e subescalas em estudo foram interpretados segundo os critérios de DeVellis (1991) - entre 0,6 e 0,7: aceitável; entre 0,7 e 0,8: bom; entre 0,8 e 0,9: muito bom.

Ainda se conduziram correlações de Pearson para testar eventuais associações entre o funcionamento e a resiliência familiar pelo coeficiente de Spearman. Para avaliar os resultados obtidos na investigação optou-se pelos critérios de Pallant (2011) - Baixa ( $r = 0,10$  a  $0,29$ ); Moderada ( $r = 0,30$  a  $0,49$ ); Elevada ( $r = 0,50$  a  $1$ ).

## **Resultados**

### **Percepção do Funcionamento Familiar**

Na tabela 7 encontram-se os resultados brutos obtidos nas subescalas equilibradas da FACES IV sendo que os resultados podem variar entre 11 e 35. Na subescala coesão, observam-se resultados altos ( $M = 27,77$ ), sendo que os doentes percecionam a sua família como coesa. Na subescala flexibilidade, o valor é considerado médio alto ( $M = 25,96$ ), o que significa que os participantes percecionam a família como flexível.

**Tabela 7***Resultados das subescalas equilibradas da FACES IV.*

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Coesão	<b>27,77</b>	4,00	12	35
Equilibrada				
Flexibilidade	<b>25,96</b>	4,06	11	35
Equilibrada				

*Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão.*

A tabela 8 sintetiza os resultados obtidos nas subescalas desequilibradas da FACES IV sendo que os resultados variam entre 7 e 35. Os resultados das subescalas são baixos na desmembrada (M = 15,16) e caótica (M = 15,40), médio alto na subescala emaranhada (M = 19,79) e, também, médio alto na subescala rígida (M = 20,97).

Conclui-se que os doentes percebem coesão e flexibilidade equilibradas altas, algum emaranhamento e rigidez, baixo desmembramento e caoticidade.

**Tabela 8***Resultados das subescalas desequilibradas da FACES IV*

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Desmembrada	<b>15,16</b>	4,31	7	32
Emaranhada	<b>19,79</b>	3,15	8	33
Rígida	<b>20,97</b>	3,63	13	35
Caótica	<b>15,40</b>	4,49	7	33

*Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão.*

Observa-se na tabela 9 que os doentes percebem boa comunicação (M = 37,67; Máx. = 50) e estão medianamente satisfeitos com a sua família (M = 24,78; Máx. = 40).

**Tabela 9***Resultados das Subescalas comunicação e satisfação da FACES IV*

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Comunicação	<b>37,67</b>	6,91	10	50
Satisfação	<b>24,78</b>	6,75	10	40

*Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão.*

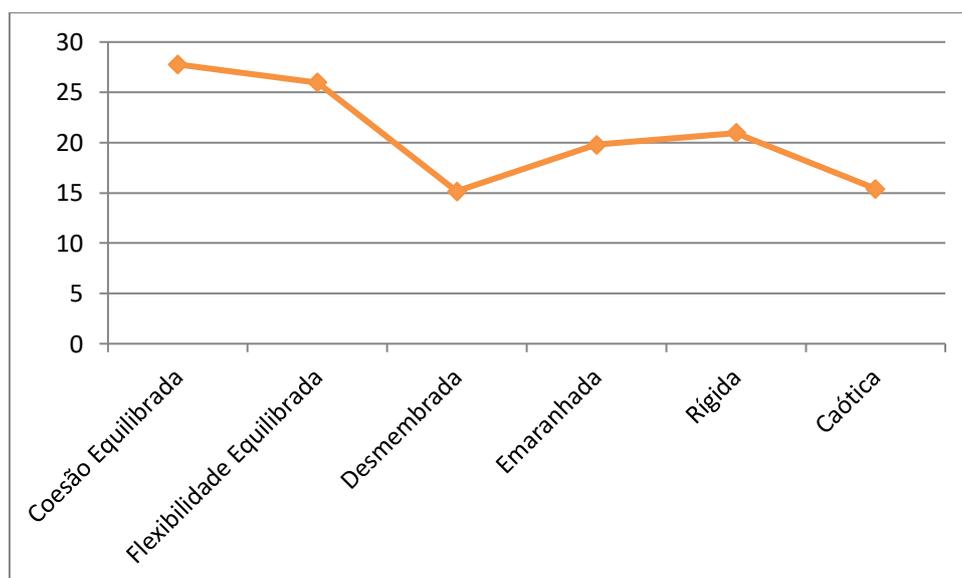
Os resultados relativos aos rácios da coesão, da flexibilidade e total (tabela 10) refletem o grau de equilíbrio ou desequilíbrio das famílias, na coesão e na flexibilidade. Os resultados obtidos evidenciam que os doentes apresentam rácios altos nas subescalas da coesão (M = 1,63; Máx. = 2,37), da flexibilidade (M = 1,48; Máx. = 2,86) e o rácio total (M = 1,55; Máx. = 2,48). Os doentes percebem o funcionamento familiar, como equilibrado em todas as dimensões.

**Tabela 10***Análise dos rácios da coesão, flexibilidade e total*

<b>Rácio</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Coesão	<b>1,63</b>	0,37	0,59	2,37
Flexibilidade	<b>1,48</b>	0,38	0,42	2,86
Total	<b>1,55</b>	0,36	0,55	2,48

*Nota.* M = Média; DP = Desvio Padrão.

A partir dos valores médios brutos de cada subescala calculou-se, o *Cluster* da nossa amostra. A figura 2 mostra que os participantes se enquadram no *Cluster 2 - Rigidamente Coesas* (Olson & Gorall, 2006).

**Figura 2. Resultado Bruto Médio de cada subescala da FACES IV**

O 3º objetivo deste estudo era analisar se existem diferenças significativas em função das variáveis sociodemográficas familiares e clínicas. Na subescala coesão equilibrada, rígida e caótica em função do sexo observaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ), sendo as mulheres que percebem a família como mais coesa e mais caótica. Ainda assim a coesão é elevada e a caoticidade é baixa. Na subescala desequilibrada rígida foram os homens que pontuaram mais alto, o que significa, que estes percebem as suas famílias como mais rígidas. Ainda assim, embora existam diferenças o resultado é baixo o que significa baixa rigidez (tabela 11).

**Tabela 11**

*Análise de Diferenças das subescalas da FACES IV em função do sexo (N = 150)*

	Masculino		Feminino		Total		Teste U
	M	DP	M	DP	M	DP	
Coesão	26,25	3,43	<b>28,11</b>	4,01	<b>27,77</b>	4,00	<b>(1046,5**)</b>
Equilibrada							(1398,0 <sup>NS</sup> )
Flexibilidade	25,11	3,77	26,16	4,12	25,96	4,06	
Equilibrada							
Desmembrada	16,14	4,66	14,93	4,22	15,16	4,31	(1378,0 <sup>NS</sup> )
Emaranhada	19,18	3,64	19,93	3,03	19,79	3,15	(1476,5 <sup>NS</sup> )
Rígida	<b>23,00</b>	3,97	20,51	3,41	20,97	3,63	<b>(1048,5**)</b>
Caótica	13,93	5,23	<b>15,74</b>	4,17	<b>15,40</b>	4,44	<b>(1287,5*)</b>
Comunicação	36,68	5,86	37,90	7,14	37,67	6,91	(1452,0 <sup>NS</sup> )
Satisfação	23,46	5,34	25,08	7,01	24,78	6,74	(1456,5 <sup>NS</sup> )

Nota. N = amostra total; M = Média; DP = Desvio Padrão; Teste U = Teste U de Mann Whimney; \*  $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; NS = não significativo.

De seguida foram analisadas as diferenças significativas entre as subescalas da FACES IV em função da estrutura familiar (Apêndice C), da etapa do ciclo vital (Apêndice D) e do 1º diagnóstico de doença oncológica (Apêndice E). Em todas estas dimensões não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Na tabela 12 encontram-se os resultados obtidos nas subescalas da FACES IV em função da existência de familiares diretos com doença oncológica. Nas subescalas rígida e comunicação foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) sendo que são os pacientes que não têm familiares diretos com doença oncológica que percebem a família como mais rígida ( $M = 21,96$  vs  $M = 20,43$ ). Na comunicação são os que têm familiares diretos com doença oncológica que têm melhor percepção da comunicação na família ( $M = 38,52$  vs  $M = 36,13$ ).

**Tabela 12**

*Análise das Diferenças das subescalas da FACES IV em função da existência de familiares diretos com doença oncológica (N = 150)*

	Sim		Não		Total		Teste U
	M	DP	M	DP	M	DP	
Coesão Equilibrada	27,81	4,16	27,68	3,73	27,77	4,00	(2393,0 <sup>NS</sup> )
Flexibilidade Equilibrada	26,38	4,00	25,19	4,10	25,96	4,06	(2076,5 <sup>NS</sup> )
Desmembrada	15,18	4,57	15,13	3,83	15,16	4,31	(2462,5 <sup>NS</sup> )
Emaranhada	19,54	3,27	20,26	2,90	19,79	3,15	(2096,5 <sup>NS</sup> )
Rígida	20,43	3,72	<b>21,96</b>	3,27	<b>20,97</b>	3,63	<b>(1857,5*)</b>
Caótica	15,41	5,00	15,38	3,21	15,40	4,44	(2513,5 <sup>NS</sup> )
Comunicação	<b>38,52</b>	6,58	36,13	7,30	<b>37,67</b>	6,91	<b>(2067,0*)</b>
Satisfação	25,48	6,91	23,49	6,30	24,78	6,74	(2116,5 <sup>NS</sup> )

*Nota.* N = amostra total; M = Média; DP = Desvio Padrão; Teste U = Teste U de Mann Whitney; \*  $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; NS = não significativo.

### Percepção da Resiliência Familiar

Foram analisados os resultados obtidos na escala da Resiliência Familiar WFRQ (tabela 13). Os resultados globais são elevados ( $M = 118,63$ ) e os participantes evidenciam ver as suas famílias como muito resilientes (resultado mínimo da WFRQ = 40 e máximo = 160). Na subescala sistema de crenças, tendo em conta que o intervalo varia de 17 a 80, observam-se resultados considerados altos ( $M = 61,88$ ). Na subescala

padrões organizacionais, em que o intervalo varia de 14 a 50,  $M = 37,18$ , sendo um valor médio alto. Relativamente à subescala, comunicação e resolução de problemas  $M = 19,60$  o que se pode considerar um valor médio alto, uma vez que o valor máximo é de 30.

**Tabela 13**

*Análise Descritiva das subescalas da WFRQ*

<b>Subescalas</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Intervalo</b>
Sistema de Crenças	61,88	12,14	17-80
Padrões Organizacionais	37,18	7,00	14-50
Comunicação e Estratégias	19,60	4,35	8-30
Total	118,63	21,93	40-160

*Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão.*

Na subescala sistema de crenças, padrões organizacionais, comunicação e resolução de problemas em função do sexo existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) e são as mulheres que apresentam os resultados mais altos. As mulheres percecionam a família como mais resiliente no total e nas subescalas, em comparação com os homens (tabela 14).

**Tabela 14***Análise de Diferenças das subescalas WFRQ em função do sexo (N = 150)*

	Masculino		Feminino		Total		Teste U
	M	DP	M	DP	M	DP	
Sistema de Crenças	58,07	11,27	<b>62,75</b>	12,21	61,88	12,14	<b>(1260,5*)</b>
Padrões Organizacionais	33,32	5,90	<b>38,07</b>	6,95	37,18	6,99	<b>(1025,5**)</b>
Comunicação e Resolução de Problemas	17,39	4,19	<b>20,07</b>	4,24	19,57	4,34	<b>(1117,5*)</b>

*Nota.* N = amostra total; M = Média; DP = Desvio Padrão; Teste U = *Teste U de Mann Whitney*; \* p < 0,05; \*\*p < 0,01; NS = não significativo.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as subescalas da WFRQ em função da estrutura familiar (Apêndice F), etapa do ciclo vital da família (Apêndice G) e 1º diagnóstico de doença oncológica (Apêndice H).

Na tabela 15 estão representados os resultados obtidos nas subescalas da WFRQ em função da existência de familiares diretos com doença oncológica. Em todas as subescalas da escala foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (p < 0,05). São os doentes que têm familiares diretos com doença oncológica que apresentam resultados médios mais elevados na resiliência global, nas subescalas sistema de crenças, padrões organizacionais e comunicação e resolução de problemas.

**Tabela 15**

*Análise de Diferenças nas subescalas da WFRQ em função de familiares diretos com doença oncológica (N =150)*

	Sim		Não		Total		Teste U
	M	DP	M	DP	M	DP	
Sistema de Crenças	<b>63,28</b>	11,48	59,32	12,99	61,88	12,14	<b>(2054,00*)</b>
Padrões Organizacionais	<b>38,20</b>	6,62	35,32	7,33	37,18	6,99	<b>(2040,5*)</b>
Comunicação e Resolução de Problemas	<b>20,18</b>	4,11	18,47	4,58	19,57	4,34	<b>(2044,5*)</b>

*Nota.* N = amostra total; M = Média; DP = Desvio Padrão; Teste U = *Teste U de Mann Whitney*; \* p < 0,05; \*\*p < 0,01; NS = não significativo.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as subescalas da WFRQ em função do tempo de diagnóstico (tabela 16). Quem tem o diagnóstico da doença há entre 1 e 2 anos (grupo 2) apresenta a média mais alta na subescala comunicação e resolução de problemas (M = 21,33) seguindo-se quem tem o diagnóstico há mais de 2 anos (grupo 3) (M = 19,44) e com a média mais baixa os pacientes que têm o diagnóstico há menos de 1 ano (grupo 1) (M = 18,61). As diferenças estatisticamente significativas observaram-se entre os grupos 2 e 1 e 2 e 3.

**Tabela 16***Análise de Diferenças nas subescalas da WFRQ em função do tempo de diagnóstico (N = 150)*

	1		2		3		Total		Teste H
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Sistema de Crenças	62,12	12,27	64,15	11,65	60,56	12,28	61,88	12,14	(2,62 <sup>NS</sup> )
Padrões Organizacionais	37,35	6,70	38,39	6,74	36,44	7,35	37,18	6,99	(1,82 <sup>NS</sup> )
Comunicação e Resolução de Problemas	<b>18,61</b>	4,01	<b>21,33</b>	3,87	<b>19,44</b>	4,54	<b>19,57</b>	4,34	<b>(8,44*)</b>
Comparação múltipla de médias e ordens									<b>1vs2 **</b> <b>1vs3 -</b> <b>2vs3 *</b>

*Nota. N = amostra total; M = Média; DP = Desvio Padrão; Teste H = H de Kruskal-Wallis; 1=Até 1 ano; 2= Entre 1-2 anos; 3= Mais de 2 anos; \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; NS = não significativo.*

### **Relação entre o Funcionamento Familiar e Resiliência (FACES IV e WFRQ)**

Na tabela 17 apresentam-se os valores das correlações de Spearman entre o funcionamento familiar (FACES IV) e resiliência (WFRQ). Todas as dimensões do funcionamento familiar estão correlacionadas forte ou muito fortemente com as subescalas da resiliência (WFRQ) – coesão e flexibilidade equilibradas, a comunicação e a satisfação familiar e o total do funcionamento familiar (FACES IV) apresentam correlações fortes e muito fortes e, estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ) com a resiliência total (WFRQ), com o sistema de crenças, com os padrões organizacionais e com a comunicação e resolução de problemas (tabela 18). As subescalas desequilibradas desmembrada, caótica e rígida (FACES IV) apresentam correlações negativas, estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ), moderadas e fortes com a resiliência total (WFRQ), com o sistema de crenças, com os padrões organizacionais e com a comunicação e resolução de problemas (tabela 18). Apenas na subescala emaranhada as correlações não foram estatisticamente significativas.

**Tabela 17***Correlações entre as subescalas da FACES IV e da WFRQ (N = 150)*

	<b>Sistema de Crenças</b>	<b>Padrões Organizacionais</b>	<b>Comunicação e Resolução de Problemas</b>
Coesão Equilibrada	0,733**	0,624**	0,570**
Flexibilidade Equilibrada	0,711**	0,621**	0,565**
Desmembrada	-0,555**	-0,393**	-0,350**
Emaranhada	0,030 <sup>NS</sup>	0,044 <sup>NS</sup>	0,104 <sup>NS</sup>
Rígida	-0,269**	-0,260**	-0,224**
Caótica	-0,479**	-0,349**	-0,229**
Comunicação Familiar	0,761**	0,622**	0,611**
Satisfação Familiar	0,780**	0,650**	0,576**
Total FACES IV	0,690**	0,625**	0,594**

Nota. N = amostra total; \* p < 0,05; \*\*p < 0,01; NS = não significativo.

### Discussão

Este estudo teve como objetivo analisar a percepção do funcionamento e da resiliência familiar em doentes oncológicos.

Os resultados apresentados permitem concluir que:

1) os doentes oncológicos percebem as suas famílias como coesas e flexíveis, percebem algum emaranhamento e moderada a alta rigidez – enquadram-se no *Cluster 2* – rigidamente coesas; 2) estão moderadamente satisfeitos com a família e consideram a comunicação como boa; 3) os doentes que não têm familiares diretos com doença oncológica percebem a família como mais rígida e os que têm familiares diretos com doença oncológica apresentam melhor percepção da comunicação na família;

4) percebem elevada resiliência familiar em todas as suas dimensões e são as mulheres que pontuam mais alto em todas as subescalas da WFRQ; 5) quem tem o diagnóstico entre 1 e 2 anos apresenta maior resiliência em todas as dimensões e, em específico, na comunicação e resolução de problemas. Quem tem o diagnóstico há menos de 1 ano apresenta menor resiliência; 6) o funcionamento familiar relaciona-se com a resiliência familiar.

Os doentes percebem as suas famílias como coesas e flexíveis, com algum emaranhamento e moderada a alta rigidez, enquadrando-se no *Cluster 2* – rigidamente coesas. Pontuam alto nas subescalas flexibilidade, coesão e coesão rígida, moderado na subescala emaranhada e baixo nas subescalas desmembrada e caótica.

Segundo Olson e Gorall (2001) estas famílias são caracterizadas por grande proximidade emocional, alguma rigidez mas o funcionamento familiar pode ser ajustado devido ao seu grau de proximidade. Podem apresentar dificuldades na promoção de mudanças face aos desafios normativos do seu desenvolvimento dada a rigidez estrutural que as define.

Considerando que a doença oncológica se considera uma crise acidental com grande impacto na família e que coloca em causa a identidade e a continuidade da família, pela ameaça de perda que implica, é expectável que a família reforce a sua coesão como forma de gerir o impacto da doença e o medo de implicações que ela possa acarretar. Tal como refere Moreira (2001), a doença também implica que os familiares estejam mais tempo com o doente, podendo justificar a perceção de algum emaranhamento, porque desempenham cuidados face ao mesmo que antes não desempenhavam, pela dependência que poderá ocorrer, rotinas em que tem de ser acompanhado e, ainda, nas visitas ao hospital, internamentos e tratamentos os pacientes são acompanhados pelos familiares. Adicionalmente a doença tem impactos emocionais e sociais substanciais o que reforça a necessidade de proximidade e união na família entre os elementos. A elevada coesão está em consonância com os trabalhos desenvolvidos por vários autores (Anderson e colaboradores, 1981; Rodrigues & Patterson, 2007; Melo, Barros, Campello, Rocha & Santos, 2012).

Rodrigues e Patterson (2007) avaliaram o impacto da doença crónica no funcionamento familiar em 262 pais e mães de adolescentes portadores de doença crónica, tendo concluído que o funcionamento destas famílias é semelhante ou melhor comparado com famílias de crianças com ausência de um diagnóstico de doença crónica no seio da família (as primeiras mostram maior coesão familiar).

A percepção de moderada a alta rigidez é também expectável e poderá estar relacionada com o facto da maioria dos participantes ter o diagnóstico da doença há mais de dois anos. Segundo Rolland (2005), os participantes encontram-se na fase crónica que é caracterizada como uma fase intermédia (Veach, Nicholas & Barton, 2012) que implica “viver o dia-a-dia com a doença crónica” exigindo que a família se ajuste, de forma pouco previsível, aos desafios e exigências que a doença, os tratamentos e suas implicações colocam. Como é uma fase de tratamento, exige à família flexibilidade devido às exigências dos ciclos de tratamento e de recuperação (Veach, Nicholas & Barton, 2012). É uma fase de oscilações e mudanças para a família sendo compreensível que o doente perceba alguma dificuldade nos seus familiares e contexto de vida em ajustar-se a dar resposta, no tempo e forma expectável, às suas exigências e necessidades. Embora a percepção de rigidez esteja nos pacientes, estes também pontuaram médio/alto na flexibilidade equilibrada o que indica paralelamente capacidade adaptativa e flexibilidade. Estes dois resultados relacionam-se e justificam o nosso 2º resultado principal – os pacientes estão moderadamente satisfeitos com a família e consideram a comunicação como boa. A comunicação funcional/saudável é um dos processos centrais em situação de crise grave e de doença. Os autores Anaut e Angelo (2002; 2001) referem a boa comunicação na família e com os profissionais como central no ajuste à doença. Também no desenvolvimento da resiliência a comunicação é fundamental e a forma como ela acontece potencia a capacidade resiliente da família. Para Figueiredo (2009) o foco na resiliência familiar centra-se em áreas essenciais que possibilitam o fortalecimento familiar, face a situações de crise.

A satisfação moderada com a família parece justificar-se pela situação atual de doença oncológica. Vários estudos com populações não clínicas em Portugal, os resultados da satisfação com a família têm evidenciado resultados coincidentes com os atuais, ou seja satisfação moderada (Sequeira et al., 2015).

O nosso 3º resultado aponta que os doentes que têm familiares diretos com doença oncológica apresentam resultados médios mais elevados na resiliência global e nas subescalas sistema de crenças, padrões organizacionais e comunicação e resolução de problemas. Este estudo é composto por 95 mulheres com cancro da mama. O cancro da mama é o mais frequente e ocorre nas mulheres, afetando uma em cada dez, representando 21% dos novos casos (Giraldo-Mora, 2009). A predisposição genética é um importante fator de risco no desenvolvimento do tumor. O cancro da mama é potencialmente stressante para as famílias de pacientes e será um tema sobre o qual se

comunica frequentemente. Estas famílias desenvolvem estratégias mediadas por fatores pessoais e situacionais para lidar com as repercussões da doença.

Sendo inegável o impacto negativo de uma doença oncológica na vida do doente e familiares, não se pode deixar de reconhecer que são cada vez mais documentadas as mudanças de vida positivas decorrentes da experiência da doença. Por esta razão, o cancro que, por um conjunto de características que lhe são próprias, pode ser conceptualizado enquanto acontecimento de vida traumático, pode, simultaneamente, pela vivência das mesmas condições, ser potenciador de crescimento pós-traumático. Este crescimento pessoal está associado a mudanças positivas que podem ter implicações a nível comportamental, podendo assumir um carácter verdadeiramente transformador, nomeadamente ao nível das mudanças na percepção acerca de si próprio, no relacionamento com os outros e relacionados com objetivos de vida. A resiliência não é estática. Ou seja, uma pessoa pode-se mostrar resiliente perante determinada situação e, posteriormente, não o ser noutra situação ou mesmo face a um evento semelhante (Carvalho, 2007). Segundo o que foi descrito, os doentes que participaram neste estudo parecem ter desenvolvido estratégias competentes para lidarem com a doença oncológica. É por isso que apresentaram resultados elevados em todas as subescalas da resiliência.

Quanto ao 4º resultado relativo à maior percepção de resiliência nas pacientes mulheres, também no estudo de Silva (2015) com mais de 1000 participantes sobre a percepção de funcionamento familiar, as mulheres percecionam a família como mais coesa, comparativamente com os homens. Fuentes e Medina (2013) realizaram um estudo que teve como objetivo avaliar os níveis de resiliência, considerando as diferenças de sexo e idade dos participantes. Participaram no estudo 607 pessoas divididas em grupos 4 grupos de idades: crianças, adolescentes, jovens adultos e adultos. Os autores concluíram que as mulheres obtiveram maior pontuação na resiliência. Esses resultados vão ao encontro de estudos onde foram encontradas maiores características de resiliência em favor das mulheres (Kotliarenko, Cáceres & Fontecilla, 1996; Prado & Aguila, 2003; Vera, 2004). As mudanças vividas em cada fase de transição da família, mostram que é importante esta adaptar-se de forma funcional às crises vividas. O papel da mulher, nos dias de hoje é ainda diferente do papel do homem, quanto ao envolvimento afetivo e prático da família. As mulheres desempenham mais funções em casa face aos filhos e ao marido; estão mais envolvidas

em tarefas internamente e têm mais disponibilidade e acesso aos diversos elementos da família, o que poderá explicar a maior percepção de coesão e resiliência familiar.

O 5º resultado principal sublinha que quem tem o diagnóstico entre 1 e 2 anos apresenta maior resiliência em todas as dimensões e, em específico, na comunicação e resolução de problemas. Quem tem o diagnóstico há menos de 1 ano apresenta menor resiliência.

Para Rolland (2005) as respostas e as reações familiares, baseadas no impacto psicológico, estão relacionadas com as etapas da doença crónica. O início da doença pode ser agudo, exigindo à família uma maior rapidez de resposta face à crise, ao contrário de situações em que o ajuste pode ser mais prolongado. Inicialmente emergem sentimentos, na família e no doente, de angústia, tristeza, choque, entre outras de elevada intensidade. A família precisa de reagir rapidamente na crise que é a doença e que se pode prolongar no tempo. Esta reação não é automática bem como o ajuste aos desafios da doença implicam tempo. É assim compreensível que a percepção de resiliência familiar seja mais baixa em pacientes que têm diagnóstico há menos de 1 ano. O desenvolvimento da doença quando é gradual exige adaptação familiar e se o curso da doença for constante, a família encara como uma situação previsível, podendo não ocorrer mudanças durante grandes períodos de tempo e alterações e mudanças noutras fases. Porém a superação dessas fases e a gestão que vão realizando dos ciclos de doença e tratamento também contribuem para a percepção de resiliência.

O 6º resultado identifica que o funcionamento familiar está relacionado com a resiliência. Todas as dimensões do funcionamento familiar estão correlacionadas forte ou muito fortemente com as subescalas da resiliência – coesão e flexibilidade equilibradas, a comunicação e a satisfação familiar e o total do funcionamento familiar (FACES IV) com a resiliência total (WFRQ). As famílias com um funcionamento flexível têm vínculos, são coesas e resilientes (McCubbin & McCubbin, 1993; McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001). No que respeita à relação entre coesão familiar e resiliência, existem algumas evidências de que estas variáveis se influenciam mutuamente. Como referem Franco e Apolónio (2002) a resiliência parece depender da coesão familiar e da resistência psicológica dos membros da família. Walsh (2005) defende que no seio familiar, a resiliência é estimulada através de uma estrutura flexível e coesa. Também Park, Kim, Cheung e Kim (2010) consideram que a coesão familiar pode constituir uma fonte de resiliência.

## Conclusão

Este estudo permite concluir que o funcionamento familiar e a resiliência familiar estão correlacionados e que os pacientes e suas famílias ajustam-se adaptativamente aos desafios que a doença oncológica acarreta. A elevada perceção de resiliência reforça a ideia de que os desafios e crises fazem emergir capacidades adaptativas. A problemática e os participantes estudados têm enorme relevância e impacto social, sendo importante aprofundar os estudos com esta população clínica e aceder às suas perspetivas pessoais sobre as vivências individuais, familiares e relacionais em situação de doença oncológica.

É importante referir algumas limitações do estudo. Uma primeira limitação prende-se com a transversalidade do estudo. A perspetiva aqui trazida reflete um momento da vida familiar e a perceção do doente, numa dada fase. Seria interessante fazer um estudo longitudinal, no sentido de perceber como as perceções de funcionamento familiar e resiliência variam ao longo do curso da doença e suas diversas fases. A amostra, embora seja clínica, e tenha um N razoável, apresenta limitações na sua constituição. Poderia ser interessantes ter uma distribuição mais homogénea em função do tempo de doença e diagnóstico e tipo de doença oncológica, pois estes resultados podem estar pontuados pela especificidade dos pacientes estudados e de grupos mais representados. O acesso à perspetiva dos restantes elementos da família também traria informações importantes sobre visões distintas, ou não, dos vários elementos sobre as dimensões em análise.

Como implicações para a clínica considera-se pertinente reforçar o apoio terapêutico a prestar ao paciente e também à sua família no sentido de potenciar as capacidades da família na gestão da doença e prevenir possíveis dificuldades e bloqueios de tratamento.

## Referências Bibliográficas

- Abreu, T. (2015). *Impacto emocional e necessidades de familiares de doentes oncológicos. Fase crónica versus fase terminal*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.
- Alarcão, M. (2002). Desenvolvimento Familiar. In Alarcão, (Des)equilíbrios familiares (pp. 107-219). Portugal: Quarteto Editora.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar traumatismos*. Lisboa: Climepsi.

- Andolfi, M. (1988). *Terapia Familiar*. Editorial Vega.
- Angelo, M. (2008). The Emergence of Family Nursing in Brazil. *Journal of Family Nursing*, 14(4), 1-14. doi: 10.1177/1074840708327932.
- Angst, R. (2009). Psicologia e Resiliência: Uma revisão da literatura. *Psicol. Argum.*, 27(58), 253-260. ISSN 0103-7013.
- Canteiro, A. (2015). *O impacto da Doença Oncológica na Dinâmica da Família – Um estudo exploratório* (Unpublished doctoral dissertation). Universidade de Évora, Évora.
- Cerveira, C. (2015). *Funcionamento das Famílias: percepção de funcionamento familiar nas diferentes configurações familiares*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Chang, W., Neo, A. & Fung, D. (2015). In Search of Family Resilience. *Psychology*, 6, 1594-1607. doi: 10.4236/psych.2015.613157.
- Duvall, R. & Miller, B. (1985). *Marriage and family Development*. New York: Harper&Row Publishers.
- Ferreira, N., Dupas, G., Costa, D. & Sanchez, K. (2010). Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. *Cienc Cuid Saude*, 9(2), 269-277. doi: 10.4025/cienc cuidsaude.v9i2.8749.
- Figueiredo, M. & Martins, M. (2009). Avaliação Familiar: do Modelo de Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Cienc Cui Saúde*, 9(3), 552-559. doi: 10.4025/cienc cuidsaude.v9i3.12559.
- Franco, V., & Apolónio, A. M. (2002). Desenvolvimento, resiliência e necessidades das famílias com crianças deficientes. *Ciência Psicológica*, 8, 40-54.
- Fuentes, N. & Medina, J. (2013). Resiliencia: Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, 3(1), 941-955. doi: 10.1016/S2007-4719(13)70944-X.
- Giraldo-Mora, C. (2009). Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama. *Rev. salud pública*, 11(4), 514-525. doi: 10.1590/S0124-006420090000400003.
- Grassi, L. & Riba, M. (2012). *Clinical Psycho-Oncology: An International Perspective*. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.

- Hawley, D. R. & DeHaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35, 283–298. doi: 10.1111/j.1545-5300.1996.00283.x
- Herdiana, I., Suryanto & Handoyo, S. (2017). Family Resilience: A Conceptual Review. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 133, 42-48. doi: 10.2991/acpch-17.2018.9.
- Junior, J., Medeiros, A. (2017). Escalas de Resiliência: uma visão narrativa. *Meta: Avaliação*, 9, 561-578. doi: 10.22347/2175-2753v9i27.1322.
- Li, Y., Zhao, Y., Zhang, J., Lou, F. & Cao, F. (2016). Psychometric Properties of the Shortened Chinese Version of the Family Resilience Assessment Scale. *J Child Fam Stud*, 25, 2710-2717. doi: 10.1007/s10826-016-0432-7.
- Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Nadrowska, N., Btazek, M. & Walter, L. (2017). Family Resilience – definition of construct and preliminary results of the Polish adaptation of the Family Resilience Assessment Scale (FRAS). *Current Issues in Personality Psychology*, 5(3), 1-10. doi: 10.5114/cipp.2017.67895.
- McCubbin, H. (1993). Family Stress Theory and Assessment: the T-Double ABCX model of family adjustment and adaptation. *Family Assessment and Interventions for research practice*. University of Wisconsin, 3-34. doi: 10.1016/j.rasd.2013.07.006.
- Noronha, M., Cardoso, P., Moraes, T. & Centa, M. (2009). Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 497-506. doi: 10.1590/S1413-81232009000200018.
- Oliveira, C. Araújo, B. & Rodrigues, V. (2012). Famílias de Crianças com Doença Crônica: percepção de coesão familiar. *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*, 147-151.
- Olson, D. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167. doi: 10.1111/1467-6427.00144.
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *The Association of Family Therapy and Systemic Practice*, 22, 144-167 doi: 10.1111/1467-6427.00144.

- Olson, D. (2010). *FACES IV, Scoring & Storing Data*. Life Innovations, Inc. (<http://www.facesiv.com/pdf/scoring.pdf>).
- Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex model: validation study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 3(1), 64-80. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x.
- Park, I., Kim, P., Cheung, R., & Kim, M. (2010). The role of culture, family processes, and anger regulation in Korean American adolescents' adjustment problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80 (2), 258-266. doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01029.x
- Peixoto, M. & Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 372-388. ISSN 1645-0086.
- Pereira, M. & Lopes C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M. & Teixeira, R. (2013). Portuguese Validation of FACES-IV in Adult Children Caregivers Facing Parental Cancer. *Contemp Farm Ther*, 35, 478-490. doi: 10.1007//s10591-012-9216-4.
- Pimentel, G. (2006). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias* (1ª ed.). Coimbra: Editora Quarteto.
- Relvas, A. (2006). *O Ciclo Vital da Família* (4ªed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Reppold, C., Mayer, J., Almeida, L. & Hutz, C. (2012). Avaliação da Resiliência: Controvérsia em Torno do Uso de Escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 248-255. doi: 10.1590/S0102-79722012000200006.
- Rocchi, S., Ghidelli, C., Burro, R., Vitacca, M., Scalvini, S., Vedova, A., ... Bertolotti, G. (2017). The Walsh Family Resilience Questionnaire: the Italian version. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2987-2999. doi: 10.2147/NDT.S147315.
- Rodrigues, N. & Patterson, J. M. (2007). Impact of severity of a child's chronic condition on the functioning of two-parent families. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(4), 417-426. doi: 10.1093/jpepsy/jsl031.
- Rofriguez, M. & Suarez, O. (2000). Comportamiento del desarrollo sicomotor en el menor de 1 año, en relación con el manejo y funcionamiento familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr.*, 16(6), 540-544.

- Rolland, J. S. (1994). *Families, illness, and disability. An integrative treatment model*. New York: Basic Books.
- Rolland, J. S. (2005). Cancer and the family: An integrative model. *Cancer, 104*(11), 2584-2595. doi:10.1002/cncr.21489.
- Silva, M. (2015). *Validação da FACES IV. O Funcionamento da Família em Diferentes Etapas do Ciclo Vital*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Smith, S. (1996). *Clinical utility of the family adaptation and cohesion evaluation scales III (FACES III)*. Dissertação de Pós-Graduação, Universidade do Texas, Texas.
- Sousa, L., Relvas, A. P., & Mendes, A. (2007). A família e a doença crónica médica. *In Enfrentar a velhice e a doença crónica. Apoio das unidades de saúde a doentes crónicos idosos e suas famílias* (1ª Ed., pp. 23-80). Climepsi Editores: Lisboa.
- Veach, T. A., Nicholas, D. R., & Barton, M. A. (2002). Terminal Illness and the Family Life Cycle: In a Strange Land. In *Cancer and the family life cycle: A practitioner's guide*. New York: Brunner/Routledge.
- Vicente, H. & Sousa. L. (2010). Funções na família multigeracional: contributo para a caracterização funcional do sistema familiar multigeracional. *Psychologia, 53*, 157-181. doi: 10.14195/1647-8606\_53\_8.
- Wagnild, G. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 17*(2). doi: 10.1891/1061-3749.17.2.105.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening Family Resilience*. New York: The Guilford Press.
- Walsh, F. (2003). Family Resilience: a framework for clinical practice. *Family Process, 42*(1), 1-18. doi: 10.1111/famp.2003.42.issue-1.
- Walsh, F. (2016). Applying a Family Resilience Framework in Training, Practice, and Research: Mastering the Art of the Possible. *Family Process, 55*, 616-632. doi: 10.1111/famp.12260.
- Yunes, M., Mendes, N. & Albuquerque, B. (2005). Perceções e crenças dos agentes comunitários de saúde sobre resiliência em famílias monoparentais pobres. *Texto Contexto Enferm, 14*, 24-31. doi: 10.1590/SO104-07072005000500003.