

## OPTIMISMO, SUPORTE SOCIAL E MORBILIDADE PSICOLÓGICA EM FILHOS ADULTOS DE DOENTES ONCOLÓGICOS

Liliana Amorim & M. Graça Pereira

Universidade do Minho. Braga

---

**RESUMO:** Este trabalho teve como objectivo avaliar a relação entre optimismo, morbidade psicológica e satisfação com o suporte social numa amostra de filhos adultos de doentes oncológicos. Para este efeito, foi utilizada uma amostra de 46 sujeitos, cujos pais se encontravam em tratamento no Serviço de Oncologia do Hospital de São Marcos, em Braga. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: Questionário Sócio-Demográfico (Pereira & Amorim, 2008); Escala de Optimismo LOT-R (Scheier, Carver, & Bridges, 1994); Escala de Stress, Ansiedade e Depressão – 21 (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004a) e Escala de Satisfação com o Suporte Social (Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2003). Os resultados obtidos mostram a existência de uma associação entre optimismo e morbidade psicológica, no sentido de filhos adultos optimistas apresentarem menores níveis de morbidade psicológica, comparativamente com filhos adultos não optimistas. Foi ainda possível observar uma associação entre o estado civil e a morbidade psicológica, sendo que filhos adultos casados apresentam menores níveis de morbidade psicológica. Verificou-se, também, que filhos adultos cuidadores de pais com doença oncológica apresentam níveis de stress mais elevados, comparativamente com filhos adultos não cuidadores. Estes resultados apresentam importantes implicações pois podem fornecer pistas relevantes para a intervenção ao nível da adaptação dos filhos à doença parental, particularmente ao nível da morbidade psicológica, suporte social e optimismo.

*Palavras-chave:* Cancro, filhos adultos, morbidade psicológica, optimismo, suporte social.

---

## OPTIMISM, SOCIAL SUPPORT AND PSYCHOLOGICAL MORBIDITY IN ADULTS OFFSPRING OF ONCOLOGIC PATIENTS

**ABSTRACT:** This study aimed to evaluate the relationship between optimism, psychological morbidity and satisfaction with social support in a sample of adult offspring of cancer patients. For this purpose, a sample of 46 participants, whose parents had been diagnosed with malignant cancer participated in the study. Cancer patients were receiving treatment at the Oncologic Service of São Marcos Hospital in Braga. Subjects filled the following questionnaires: Socio-Demographic Questionnaire (Pereira & Amorim, 2008); Life Orientation Test-R (Scheier, Carver, & Bridges, 1994); Stress, Depression and Anxiety Scales – 21 (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) and the Social Support Satisfaction Scale (Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2003). The results showed an association between optimism and psychological morbidity, i.e. optimistic offspring had lower levels of psychological morbidity, when compared to non-optimistic.

We also found an association between marital status and psychological morbidity that adult offspring who were married presented lower rates of psychological morbidity when

compared to non-married ones. Results also indicate that those adults who were their parents' caregivers had higher levels of stress than those who were not. The obtained data have important implications to future interventions since it can provide important guidelines to promote a better adaptation to parental cancer, particularly in terms of psychological morbidity, social support and optimism.

*Keywords:* Adult sons and daughters, cancer, optimism, psychological morbidity, social support.

---

Recebido em 20 de Janeiro de 2009 / Aceite em 16 de Junho de 2009

O diagnóstico de cancro apresenta implicações não só para o doente mas também para o seu familiar/cuidador (Figueiredo & Pereira, 2007b). De acordo com alguns autores, este diagnóstico, implica, potencialmente, a percepção de disrupção do percurso de vida do paciente (Teles, Ribeiro, & Cardoso, 2003), bem como inúmeras alterações no seio familiar (Given & Given, 2001; Sherwood et al., 2008). Hernández (1998 in Figueiredo & Pereira, 2007a) refere que as doenças crónicas, nomeadamente a doença oncológica, podem levar a modificações da estrutura, rendimento e estabilidade familiar. Nesse sentido, este tipo de diagnóstico, geralmente tem inerente uma reorganização do dia-a-dia dos sujeitos implicados, bem como uma alteração ao nível das relações, planos de futuro, papéis, responsabilidades e padrões de interacção familiar (Figueiredo & Pereira, 2007a).

Kurtz e colaboradores (1995) salientaram a importância de compreender as necessidades físicas e psicológicas dos doentes mas também, as reacções do cuidador a essas mesmas necessidades, tentando conhecer como se vai processando essa relação ao longo do tempo. Assim, é crucial planear e estudar variáveis relativas não só ao doente oncológico, mas também a outros significativos, que influenciam de alguma forma, todo o processo decorrente do diagnóstico e tratamento, não esquecendo que a maior parte das vezes se vêem envolvidos nesta nova realidade sem qualquer preparação prévia.

Os avanços nas terapêuticas de combate ao cancro têm-se caracterizado por um aumento na esperança média de vida do doente e, quase que consequentemente, por uma alteração das políticas de saúde (Sherwood et al., 2008), que vão cada vez mais no sentido de um menor tempo de internamento do doente e de uma maior responsabilização do seu familiar, no que concerne ao apoio emocional e prestação de cuidados (Sales, 2003). Como não raramente são os filhos adultos dos pacientes que abraçam a missão de cuidar e garantir económica e emocionalmente os progressos e recuperação dos seus pais com doença oncológica (Cameron, Franche, Cheung, & Stewart, 2002), torna-se essencial compreender o impacto que esta tem, de forma a promover a melhor adaptação e qualidade de vida dos filhos adultos.

A adaptação a este novo e inquietante acontecimento pode ser muito diferente de indivíduo para indivíduo, de acordo com um conjunto de factores que influenciam a capacidade de mudança e reorganização familiar. Entre estes factores encontram-se os recursos que a família possui e, a forma mais ou menos positiva com que encara a situação (Figueiredo & Pereira, 2007a). Sales e colaboradores (1992) argumentam que um con-

junto de stressores objectivos, como o tipo, estágio e prognóstico da doença ou as exigências do cuidar e o stress do paciente, bem como variáveis contextuais (i.e. características familiares do prestador de cuidados, como a idade, género e estatuto social do cuidador), variáveis de inter-relações na família (como a comunicação e qualidade das relações), e o suporte social, podem afectar a adaptação da família à doença. A literatura tem indicado também, que familiares directos e sobretudo cuidadores de doentes oncológicos, tendencialmente apresentam elevada morbidade psicológica (e.g. Kim, Baker, & Sipillers, 2007; Kurtz, Kurtz, Given, & Given, 1995), estando mais vulneráveis a patologias cardiovasculares e ao comprometimento imunológico (Kiecolt-Glaser, Robles, Heffner, Loving, & Glaser, 2002).

Toseland e colaboradores (1995) apontam um conjunto de estudos (e.g. Ell, Nishimoto, Mantell, & Hamovitch, 1998; Sales, 1991; Northouse, 1988) que indicam que familiares de doentes oncológicos experienciam elevada sintomatologia depressiva, ansiedade, sintomatologia psicossomática, restrições nos seus papéis e actividades, tensões conjugais e diminuição da saúde física. De uma forma geral, os estudos neste âmbito apontam para uma maior manifestação de sintomatologia depressiva no cônjuge, comparativamente com o doente oncológico, embora, a literatura também aponte no sentido de que essa manifestação, nas diferentes populações vá variando de acordo com a fase do processo em que o doente se encontra (Toseland, Blanchard, & McCallion, 1995). Assim, e tal como Sales (2003) salientou, o impacto da doença crónica em membros da família pode ser muito variado, especialmente se considerarmos os elementos com uma maior responsabilidade no cuidar, sendo muito importante perceber, quais as variáveis que podem contribuir para a adaptação do familiar a esta condição de crise.

A literatura existente tem demonstrado também que, aquando de períodos stressantes, o suporte social pode actuar como um factor protector de efeitos nocivos do stress (Lutgendorf et al., 2008; Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2003), bem como uma variável de protecção da saúde (Matsukura, Marturano, & Oishi, 2002). Dunst e Trivette (1990) propõem a existência de cinco componentes no suporte social: componente constitucional (elementos que remetam para as necessidades e combinação entre estas e o suporte existente); componente relacional (abrange os estatutos familiar e profissional, o tamanho da rede de apoio e a participação em organizações e actividades sociais); componente funcional (tipo de suporte disponível, qualidade e quantidade); componente estrutural (proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, proximidade e consistência) e componente satisfação (referente à utilidade e à ajuda fornecida) – aspectos que, segundo estes autores, são fundamentais para o bem-estar dos indivíduos.

Num estudo de Coelho e Ribeiro (2000), a satisfação com o suporte social também aparece como tendo um papel importante na resistência psicológica ao stress resultante da doença, na medida em que a satisfação com o relacionamento interpessoal (família, amigos e intimidade), se encontra relacionado com a percepção subjectiva de bem-estar. Santos, Pais-Ribeiro, e Lopes (2003), mencionam alguns estudos levados a cabo nos anos 80 (e.g. Bishop, 1994) que demonstraram que pacientes com maiores níveis de su-

porte social percebido apresentavam uma adaptação mais positiva a doença bem como uma maior taxa de sobrevivência comparativamente com os restantes pacientes.

O optimismo é também importante neste contexto porque, ao permitir uma abordagem diferente a esta problemática, pode contribuir para um estilo de intervenção alternativo, que vise a promoção de estratégias de coping adequadas a uma boa adaptação e, a uma melhor preparação do filho adulto para lidar com esta situação do seu progenitor. O construto “optimismo” pode ser operacionalizado enquanto expectativa generalizada de resultados de futuro positivos (Scheier & Carver, 1985) e, inserido na Teoria de Auto-Regulação do Comportamento, onde é assumido que as acções dos sujeitos são, em grande medida, influenciadas pelas crenças que estas possuem quanto à probabilidade de ocorrência dessas mesmas acções. A literatura (e.g. Scheier & Carver, 1985, 1987; Segerstrom, 2005; Segerstrom, Taylor, Kemeny, & Fahey, 1998; Simpson, Carlson, Beck, & Patten, 2002) mostra que sujeitos optimistas lidam com os stressores de um modo diferente dos não-optimistas, e indica que esses apresentam menores níveis de humor negativo e comportamentos de saúde mais adaptativos, o que, em conjunto, pode contribuir para um melhor estado imune no sujeito.

A literatura relativa a filhos adultos de pais com doença oncológica é ainda reduzida, pelo menos em Portugal. As investigações em que estes são contemplados estão essencialmente relacionadas com a prestação de cuidados ou então com a vulnerabilidade genética e programas de rastreio. A diminuída atenção pode ter a sua justificação no facto de durante muito tempo se considerar que o impacto da doença oncológica parental seria mínimo nos filhos adultos (Northhouse, 1994 in Mosher & Danoff-Burg, 2005), ao contrário do que aconteceria nos próprios doentes, onde os estudos se têm debruçado (Visser, Huizinga, Van der Graaf, Hoekstra, & Hoekstra-Weebers, 2004). Actualmente, assiste-se a um aumento do corpo científico nesta área, particularmente devido aos seguintes aspectos: os filhos adultos serem os principais fornecedores do suporte social o que está associado a um aumento da qualidade e esperança de vida em doentes oncológicos (Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996); os cuidadores, que em muitos casos são filhos adultos, depararem-se com a tarefa de conciliar todo um conjunto de necessidades com as exigências que advêm da prestação de cuidados (Raveis, Karus, & Siegel, 1998). Tal exigência tem associado um aumento de stress e morbidade psicológica (e.g. Mosher & Danoff-Burg, 2005; Given et al., 2005); a própria experiência de possuir um pai/mãe com neoplasia maligna ser por si só, um desencadeador de stress e ansiedade, assim como um potencial impulsor de sintomatologia depressiva, na medida que os filhos passam pelas diferentes fases da doença dos pais e confrontam-se não só com a possível mortalidade dos pais, como também com a sua própria vulnerabilidade à doença (Mosher & Danoff-Burg, 2005).

É ainda importante mencionar que nos estudos como os de Barush e Spaid (1989) ou Hoyert e Seltzer (1992) em que a amostra utilizada é de cônjuges e filhos cuidadores, os resultados demonstram que os filhos adultos apresentam menos problemas financeiros e físicos comparativamente com os cônjuges, mas estão igualmente vulneráveis à elevada morbidade psicológica. Compas e colaboradores (1996) apresentam resultados que mostram que jovens adultos apresentam níveis mais ele-

vados de sintomatologia ansiosa e depressiva, dado que variabilidade de exigências inerentes à função de cuidar pode ser física e psicologicamente exaustiva para os prestadores de cuidados (Porter, Keefe, Lipkus, & Hurwitz, 2005).

Assim, tendo presente a literatura existente, com este trabalho pretendemos responder às seguintes questões tendo por base uma amostra portuguesa de filhos adultos de doentes oncológicos:

1. Será que existe uma relação entre optimismo e morbilidade psicológica e entre optimismo e satisfação com o suporte social nos filhos adultos de doentes oncológicos?

2. Será que existem diferenças entre optimistas e não-optimistas, relativamente à morbilidade psicológica e satisfação com o suporte social?

## MÉTODO

### *Amostra*

Este estudo contou com a participação de 46 filhos adultos de doentes oncológicos, utentes do Hospital de São Marcos (Braga). Trata-se duma amostra de conveniência em que todos os participantes são caucasianos e de nacionalidade portuguesa, cuja média de idade se encontra próximo dos 35 anos. O Quadro 1 apresenta as características da amostra.

### Quadro 1

#### *Distribuição dos Participantes por Variáveis Sócio-Demográficas*

		Filhos Adultos	
		N	%
Sexo	Feminino	37	80.4
	Masculino	9	19.6
Estado Civil	Solteiro	17	37
	Casado/Junto	28	60.9
	Divorciado/Separado	1	2.2
	Viúvo	0	0
Escolaridade	Não frequentou escola	0	0
	Primeiro Ciclo	4	8.7
	Segundo Ciclo	15	32.6
	Terceiro Ciclo	11	23.9
	Formação Profissional	9	19.6
	Ensino Superior	7	15.2
Situação Laboral	Empregado	34	73.9
	1. Activo	30	65.2
	2. Baixa	4	8.7
	Desempregado	8	17.4
	Estudante	3	6.5
	Reformado	1	2.2

Através do Quadro 2 podemos observar que a neoplasia gastrointestinal maligna (32.6%) é a patologia mais frequentemente nos pais desta amostra de participantes e que, relativamente à duração da doença, o mais frequente é o diagnóstico ter ocorrido durante um período até um ano. Verifica-se ainda que 76.1% dos filhos adultos são cuidadores dos seus pais com neoplasia maligna.

## Quadro 2

### *Distribuição dos Participantes pelas Variáveis Clínicas*

		Filhos Adultos	
		N	%
Neoplasia	Gastrointestinal	15	32.6
	Urológico	5	10.9
	Ginecológico	3	6.5
	Mama	3	6.5
	Cerebral	2	4.3
	Pulmão	4	8.7
	Ossos	2	4.3
	Linfomas	7	15.2
Duração da Doença	0-1 anos	27	58.7
	2 anos a 5 anos	15	32.4
	Mais de 6 anos	4	8.7
Tratamentos Actuais	Consultas de Rotina	14	30.4
	Quimioterapia	29	63.0
	Radioterapia	3	6.5
Filho Cuidador	Sim	35	76.1
	Não	11	23.9

### *Procedimento*

Após parecer favorável da Comissão de Ética do Hospital de São Marcos, iniciou-se a recolha de dados que decorreu entre Março e Maio de 2008. Os critérios para inclusão dos sujeitos na investigação foram: filhos com idade superior a 18 anos, sem diagnóstico de doença oncológica e com um progenitor diagnosticado com neoplasia maligna em tratamento na Unidade de Oncologia do Hospital de São Marcos sem qualquer outro diagnóstico de doença crónica. Os participantes foram recrutados quando se apresentavam com os progenitores na Unidade de Oncologia para consulta médica, tratamento quimioterápico ou internamento.

### *Instrumentos*

As medidas utilizadas neste estudo foram:

- Questionário Sócio-Demográfico (Pereira & Amorim, 2008) construído para o efeito. O seu objectivo é a recolha de informações relativas ao sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, tipo de doença do pai/mãe, duração do diagnóstico do pai/mãe e tratamentos efectuados pelo progenitor. Foi ainda abordado o facto do filho poder, ou não, ser cuidador do seu pai com doença oncológica.

- Escala de Optimismo: instrumento desenvolvido por Scheier e Carver (1985) e posteriormente revisto por Scheier, Carver, e Bridges (1994). A LOT-R é constituída por 10 itens, dos quais 6 são indicadores de optimismo (itens 1,3,4,7,9 e 10). Os itens 3,7 e 9 são invertidos e os itens 2,5,6 e 8 não são cotados. Para cada item a cotação varia entre 0 e 4, sendo que a pontuação final da escala pode variar entre um mínimo de 0 e um máximo de 24. Cotações mais elevadas nesta escala significam valores mais elevados de optimismo. Os sujeitos assinalam a sua opção de resposta de acordo com uma escala de tipo Lickert. Para este trabalho utilizou-se a versão adaptada da LOT-R, de Fernandes e McIntyre (2005).

- Escalas de Ansiedade, Stress e Depressão (EADS-21): trata-se duma escala que avalia os níveis de ansiedade, stress e depressão. Foi utilizado o instrumento desenvolvido por Lovibond e Lovibond (1995) e adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado, e Leal (2004a). Esta é uma escala de 21 itens com opções de resposta em formato Lickert. Pontuações mais elevadas nesta escala significam maior morbidade psicológica.

- Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS): instrumento desenvolvido por Wethington e Kessler (1986) validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (1999). Em 2003, Santos, Pais-Ribeiro e Lopes procedem à adaptação deste instrumento a sujeitos com doença oncológica. Esta, é uma escala de auto-preenchimento do tipo Lickert, composta por 15 frases que permitem ao participante assinalar o seu grau de concordância com cada uma delas. A ESSS fornece uma pontuação total em que valores mais elevados correspondem a uma maior satisfação com o suporte social. Na presente amostra, tendo em consideração o valor do alpha de cronbach (abaixo de .70), apenas pode ser utilizada a subescala Intimidade. Esta subescala mede a percepção da existência de suporte social íntimo através de quatro itens (e.g. “Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer”, “Às vezes, sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”).

### *Análises Estatísticas*

Efectuou-se uma análise estatística exploratória das variáveis em estudo, utilizando os testes de *Kolmogrov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* para testar a normalidade da distribuição. Dado que os resultados apontam no sentido de uma distribuição não normal dos dados, foram utilizados testes estatísticos não-paramétricos.

## RESULTADOS

### *Relação entre Optimismo, Morbidade Psicológica e Satisfação com o Suporte Social de Intimidade*

Podemos observar que as correlações são estatisticamente significativas entre Optimismo e Morbidade Psicológica geral ( $\rho = -.647, p < .001$ ), mas também, entre Optimismo e cada uma das subescalas: Ansiedade ( $\rho = -.465, p < .001$ ), Stress ( $\rho$

= -.480,  $p < .001$ ) e Depressão ( $\rho = -.705$ ,  $p < .001$ ). Assim, verifica-se que valores elevados de optimismo, se encontram associados a uma menor morbidade psicológica, quer em termos gerais, quer em termos das suas componentes: ansiedade, stress e depressão. Não se verificam associações entre optimismo e satisfação com o suporte social medido pela subescala Intimidade (quadro 3).

### Quadro 3

*Resultados do Teste de Correlação de Spearman relativamente às variáveis Optimismo, Morbidade Psicológica e Satisfação com o Suporte Social*

Variáveis		Intimidade (ESSS)	Optimismo (LOT-R)
EADS-21	Morbidade Psicológica	0.17	-0.65 (**)
	Stress	0.06	-0.48 (**)
	Ansiedade	-0.05	-0.47 (**)
	Depressão	-0.12	-0.71 (**)
LOT-R	Optimismo	0.09	

\*\*  $p < .001$

*Diferenças entre Filhos Adultos Optimistas vs. Não-Optimistas na Morbidade Psicológica e Satisfação com o Suporte Social de Intimidade*

A amostra foi dividida em dois grupos – Optimistas e Não-Optimistas –, tendo em consideração o valor da mediana como ponto de corte. Na presente amostra, este valor é de 13. Nesse sentido, pontuações totais da LOT-R inferiores a este valor, caracterizavam indivíduos não-optimistas, enquanto valores superiores definiam sujeitos optimistas. O Quadro 4 apresenta os resultados do teste U de Mann-Whitney.

### Quadro 4

*Resultados do teste U de Mann-Whitney relativo às diferenças na Morbidade Psicológica e Satisfação com o Suporte Social em Doentes Oncológicos Optimistas vs. Não-Optimistas*

Variáveis		Filhos Adultos Optimistas (Ordem Média) N=20	Filhos Adultos Não-Optimistas (Ordem Média) N=26	Z
EADS-21	Morbidade Psicológica	14.97	26.89	-3.142(**)
	Stress	16.39	27.14	-2.760 (*)
	Ansiedade	17.26	25.00	-2.105 (*)
	Depressão	13.24	29.54	-4.226 (**)
ESSS	Intimidade	27.21	18.92	-2.158 (*)

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

Podemos observar que, filhos adultos não-optimistas apresentam valores mais elevados de Morbilidade Psicológica geral ( $Z = -3.142$ ,  $p < .001$ ) e que, esta tendência se mantém ao nível das subescalas: Stress ( $Z = -2.760$ ,  $p < .05$ ), Ansiedade ( $Z = -2.105$ ,  $p < .05$ ) e Depressão ( $Z = -4.226$ ,  $p < .001$ ). Foram ainda encontradas diferenças significativas entre filhos adultos optimistas e não-optimistas ao nível da Satisfação com o Suporte Social, medido através da subescala Intimidade ( $Z = -2.158$ ,  $p < .05$ ). As diferenças encontradas vão no sentido de filhos adultos optimistas apresentarem menor morbilidade psicológica e maior satisfação com o suporte fornecido ao nível da intimidade.

*Diferenças entre Filhos Adultos Cuidadores vs. Não-Cuidadores ao nível da Morbilidade Psicológica, Satisfação com o Suporte Social de Intimidade e Optimismo*

Entre filhos adultos cuidadores e não-cuidadores de pais com doença oncológica, verifica-se que apenas existem diferenças ao nível do Stress ( $Z = -2.052$ ,  $p < .05$ ), sendo que filhos adultos cuidadores tendem a apresentar valores de stress mais elevados comparativamente com filhos adultos não-cuidadores. O Quadro 5 apresenta os resultados do teste U de Mann-Whitney.

Quadro 5

*Resultados do Teste U de Mann-Whitney entre Filhos Adultos Cuidadores e Não-Cuidadores ao nível da Morbilidade Psicológica, Satisfação com o Suporte Social e Optimismo*

	Variáveis	Filhos Adultos Cuidadores (Ordem Média) N=35	Filhos Adultos Não-Cuidadores (Ordem Média) N=11	Z
EADS-21	Morbilidade Psicológica	23.56	17.45	-1.395
	Stress	24.71	15.86	-2.052 (*)
	Ansiedade	23.84	16.64	-1.657
	Depressão	24.96	18.86	-1.319
ESSS	Intimidade	22.71	26.00	-.712
LOT-R	Optimismo	23.47	21.55	-.425

\*  $p < .05$

*Variáveis Sócio-Demográficas/Clínicas e Morbilidade Psicológica, Satisfação com o Suporte Social de Intimidade e Optimismo*

As variáveis sócio-demográficas e clínicas testadas são as que aparecem descritas nos quadros 1 e 2.

No que concerne ao sexo, as diferenças encontradas ( $Z = -2.122$ ,  $p = .034$ ) apontam no sentido de indivíduos do sexo feminino apresentarem valores mais elevados

de optimismo (ordem média=24.57) comparativamente com sujeitos do sexo masculino (ordem média=14.44).

Relativamente ao estado civil, o teste de diferenças foi limitado às categorias “solteiro” e “casado/em união de facto” (devido ao número de participantes), tendo-se utilizado, por este motivo, o Teste U de Mann-Whitney. Os resultados indicam que apenas é significativa a diferença entre “solteiros” e “casados/em união de facto”, no que concerne ao total de morbilidade psicológica ( $Z = -2.056$ ,  $p = .03$ ), sendo que solteiros tendem a apresentar valores de morbilidade geral mais elevados (ordem média=22.58) comparativamente com casados e em união de facto (ordem média=7.50).

Não se verificaram diferenças significativas ao nível das restantes variáveis sócio-demográficas (situação laboral e habilitações literárias), nem ao nível das variáveis clínicas (duração doença e tipo de tratamentos) no que concerne à morbilidade psicológica, optimismo e satisfação com o suporte social de intimidade.

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo vão no sentido dos apresentados pela literatura: optimismo, morbilidade psicológica e satisfação com o suporte social encontram-se correlacionados i.e. filhos com níveis de optimismo mais elevados apresentam maior satisfação com o suporte social e menores níveis de morbilidade psicológica.

Tal como anteriormente mencionado, a investigação tem indicado, que a experiência de uma doença oncológica é um acontecimento potencialmente desorganizador quer para o doente, quer para a família (Pereira & Lopes, 2002). Considerando, especificamente, a situação do filho adulto, verifica-se que este período pode ser desestabilizador e implicar um conjunto de alterações no seu quotidiano, não só por passarem a ter que lidar com a possibilidade de perda da figura parental e percepção da sua própria vulnerabilidade e mortalidade (Mosher & Danoff-Burg, 2005), como também pela responsabilidade acrescida de terem que dar resposta a uma série de exigências para as quais não receberam qualquer tipo de preparação particularmente a de cuidar (e.g. Raveis, Karus, & Siegel, 1998). Assim, os filhos adultos passam a ter que conjugar as necessidades desta nova situação de vida, com todos os outros papéis por que são responsáveis (e.g. Sales, 2003); quanto mais, e mais exigentes, forem as novas responsabilidades a que têm que dar resposta, maior será a probabilidade de manifestação de níveis mais elevados de morbilidade psicológica (Mosher & Danoff-Burg, 2005; Sales, 2003). Neste sentido, é de extrema importância compreender quais as características ou factores que podem ajudar não só a uma melhor adaptação a períodos de crise, mas também, conhecer os que apresentam algum potencial ao nível da disponibilidade destes, para assumirem as novas responsabilidades inerentes ao cuidar e à resposta às tarefas que esta actividade implica.

Estudos têm demonstrado que o optimismo de disposição e o suporte social funcionam como factores protectores da saúde (Brissete, Scheier, & Carver, 2002). Nesse sentido, sujeitos com uma orientação optimista utilizam estratégias de coping que permitem uma resolução adequada dos problemas e dificuldades que a situação de crise impõe, apresentando, ainda, mais e mais adequadas relações sociais de suporte, bem como uma maior satisfação com elas (Brissete et al, 2002; Kivimäki et al., 2005; Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2003). De uma forma geral, níveis elevados de optimismo e satisfação com o suporte social têm-se mostrado importantes na contribuição para menores níveis de morbilidade psicológica (David, Montgomery, & Bovbjerg, 2006), mais especificamente, para uma menor apresentação de sintomatologia depressiva (Giltay et al., 2006; Hann et al., 2002), facto aliás, constatado neste estudo.

Considerando o cuidar de alguém com doença crónica imbuído de implicações a nível físico, psicológico, imunológico e económico (Ivarsson, Sidenvall, & Carlsson, 2004; Sherwood et al., 2008; Vitaliano et al., 2002), facilmente se compreende que o diagnóstico e tratamento de neoplasia maligna sejam acontecimentos que impliquem também, um grande nível de stress, não só para o doente mas também para o cuidador, que apresenta uma elevada sintomatologia depressiva, ansiosa e de exaustão (e.g. Given et al., 2005; Kozachik et al., 2001). Os resultados obtidos no presente estudo são apoiados por esses estudos: os filhos adultos cuidadores manifestam maiores níveis de stress quando comparados com filhos adultos não-cuidadores, aspecto potencialmente justificado, com a alteração das políticas de saúde e o aumento da eficácia dos tratamentos, que permitem que o doente viva mais tempo e passe menos tempo institucionalizado. Consequentemente, assiste-se à responsabilização crescente de familiares no que concerne à prestação de cuidados e suporte, emocional e económico (e.g. Justo, 2002; Sherwood et al., 2008), principalmente de filhos adultos. Estas situações levam ao aumento do sofrimento psicológico dos cuidadores informais, nomeadamente filhos adultos, que se vêem numa situação para a qual não apresentam qualquer tipo de preparação (e.g. Cotrim & Pereira in Pereira, 2007), o que aumenta não só os níveis de stress sentidos, como também os sobrecarrega em termos de tarefas e responsabilidades inerentes aos restantes papéis que desempenham. É ainda importante não esquecer que esta vivência da experiência de cuidar e a potencial exaustão que daí pode advir é também influenciada por factores como a personalidade do cuidador, o suporte social e a satisfação com este, e o estatuto funcional da família (e.g. Cotrim & Pereira, 2007). Seguindo esta linha de orientação, níveis elevados de stress manifestados por filhos adultos cuidadores podem também estar relacionados com o processo e tempo da prestação de apoio físico e emocional (Kurtz, Kurtz, Given, & Given, 1995, Mosher & Danoff-Burg, 2005).

A literatura indica que existem diferenças ao nível da morbilidade psicológica aquando de doenças crónicas, entre sujeitos do sexo feminino e do sexo masculino (e.g. Gilbar, 1999; Hirsh, 1996). Segundo alguns autores (Mosher & Danoff-Burg, 2005), a morbilidade é especialmente elevada em filhas cuidadoras de doentes oncológicos, uma vez que estas têm que conjugar as exigências dos diferentes papéis

que desempenham no dia-a-dia (Brody, 1981; Mosher & Danoff-Burg, 2005), com a nova responsabilidade inerente à prestação de cuidados. De acordo com Ravais, Karus e Siegel (1998), filhas adultas cuidadoras tentam equilibrar as exigências de cada um dos papéis que desempenham, através da redução das horas de lazer e de trabalho, podendo mesmo, em alguns casos, despedir-se do emprego como forma de assegurar a prestação de cuidados e apoio aos pais com neoplasia maligna. Um particularidade salientada em alguns estudos (e.g. Mosher & Danoff-Burg, 2005) é o facto de, socialmente, ser esperado que as mulheres desempenhem as tarefas associadas à prestação de cuidados como uma tarefa inerentemente sua, o que, segundo esses autores, diminui o apoio social de que podem beneficiar, ao contrário dos cuidadores do sexo masculino, que, estando, supostamente, a desempenhar algo para além das suas obrigações é reconhecido e recompensado socialmente com uma maior quantidade/qualidade de apoios disponibilizados. No presente trabalho, filhas adultas de doentes oncológicos tendem a apresentar valores mais elevados de optimismo quando comparado com filhos adultos, no entanto, este resultado deve ser analisado com o devido cuidado uma vez que o número de elementos que compõem os dois grupos é bastante discrepante.

No que concerne às diferenças obtidas neste estudo, relativamente ao estado civil, verifica-se que estão apoiadas por estudos prévios. Na maioria das investigações, os resultados vão no sentido de sujeitos casados manifestarem melhor estado de saúde geral comparativamente com solteiros, divorciados ou viúvos (e.g. Aragona, Monteduro, Colosimo, Maisano, & Geraci, 2008; Goldman, Korenman, & Weinstein, 1995; Kisker, 1990). No presente trabalho, observam-se também diferenças significativas, sendo que os filhos adultos solteiros tendem a manifestar níveis de morbidade psicológica (stress, ansiedade e depressão) mais elevados, comparativamente com filhos adultos casados/juntos. Estes menores níveis de depressão e morbidade psicológica (stress, ansiedade e depressão) nos filhos casados podem, de alguma forma, dever-se ao facto de indivíduos casados apresentarem uma rede de suporte mais alargada, onde os relacionamentos são mais próximos e, o estatuto sócio-económico que detêm (Goldman, Korenman, & Weinstein, 1995), lhes permite lidar com esta situação de crise e adaptarem-se melhor à mesma.

Com este trabalho pretendeu-se estudar a relação entre optimismo, morbidade psicológica e satisfação com o suporte social, bem como a relação entre estas variáveis psicossociais e variáveis demográficas e clínicas, numa amostra de filhos adultos de doentes oncológicos.

Através dos resultados obtidos e apresentados observa-se a existência de uma relação significativa entre a morbidade psicológica geral (i.e. enquanto somatório das subescalas stress, ansiedade e depressão bem como entre cada uma das subescalas (ansiedade, stress e depressão) e o optimismo, i.e. filhos adultos de doentes oncológicos que apresentam uma orientação optimista, manifestam níveis mais reduzidos de morbidade psicológica geral, assim como de ansiedade, stress e depressão, individualmente. Observou-se, ainda, que existem diferenças entre filhos

adultos otimistas e não-otimistas no que concerne à satisfação com o suporte fornecido pela subescala “intimidade”. Verificou-se ainda, que participantes do sexo feminino apresentam valores mais elevados de optimismo e que os filhos adultos casados, apresentam níveis de morbidade psicológica mais baixos comparativamente com filhos adultos solteiros. Um outro dado relevante é o facto de quando os pais apresentam doença metastizada, os filhos s apresentarem valores mais elevados de morbidade psicológica. É ainda importante salientar que, filhos adultos cuidadores apresentam um maior nível de stress quando comparados com não cuidadores.

Espera-se que este estudo tenha contribuído não só para identificar a importância de variáveis cognitivas, como o optimismo, mas também para futuras intervenções junto de filhos adultos. Neste sentido, será importante implementar acções que promovam a gestão de stress e ansiedade, bem como o desenvolvimento de competências de comunicação e prestação de cuidados, de modo a diminuir a vulnerabilidade à morbidade psicológica e aumentar a disponibilidade física e psicológica do cuidador para a prestação de cuidados.

Dadas as limitações do estudo particularmente o tamanho da amostra, os resultados devem ser interpretados com cuidado, no entanto, vão no sentido da importância do optimismo na intervenção psicológica na doença oncológica.

Neste estudo a principal limitação prende-se com a amostra de conveniência que é limitada em termos de localização geográfica e número. Nesse sentido, a generalização dos resultados é muito limitada o que, muito provavelmente, terá também limitado a utilização de algumas das subescalas dos instrumentos utilizados. Além disso, a utilização de instrumentos de auto relato constitui também uma limitação do estudo. Investigações futuras deveriam incluir amostras maiores bem como doentes e respectivos filhos com diferentes tipos de cancro e em diferentes estádios no sentido de ser possível uma comparação entre diferentes grupos de filhos de doentes oncológicos.

## REFERÊNCIAS

Brissette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 102-111.

Cameron, J. I., Franche, R. -L., Cheung, A. M., & Stewart, D. E. (2002). Lifestyle Interference and Emotional Distress in Family Caregivers of Advanced Cancer Patients. *American Cancer Society*, 94(2), 521-527.

Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1(1), 79-87.

Cotrim, H. & Pereira, M.G. (2007). Cuidadores Familiares e Doença Oncológica: o cancro colorrectal. In M.G. Pereira (coord.). ILisboa: Climepsi Editores.

David, D., Montgomery, G. H., & Bovbjerg, D. H. (2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Personality and Individual Differences, 40*, 203-213.

Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.

Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., & Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research, 36*(4), 531-541.

Faria, A. C. (1998). Life Orientation Test –R (LOT-R). Versão de Investigação, Universidade do Porto, Portugal.

Fernandes, S., & McIntyre, T. (2005). Life Orientation Test-R (LOT-R). Versão de Investigação, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Figueiredo, A. P., & Pereira, M. G. (2007a). Impacte psicológico do cancro no doente e cônjuge, In M.G. Pereira (coord.). *Psicologia da Saúde Familiar*. (pp.163-183). Lisboa: Climepsi Editores.

Figueiredo, A. P. R. S. (2007b). *Impacto do Tratamento do Cancro Colorrectal no Doente e Cônjuge: Implicações na Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica, Representações de Doença e Stress Pós-Traumático*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.

Gaugler, J. E., Given, W. C., Linder, J., Kataria, R., Tucker, G., & Regine, W. F. (2008). Work, gender, and stress in family cancer caregiving. *Support Care Cancer, 16*, 347-357.

Gaugler, J. E., Hanna, N., Linder, J., Given, C.W., Tolbert, V., & Kataria, R. et al., (2005). Cancer caregiving and subjective stress: A Multi-site, multi-dimensional analysis. *Psycho-Oncology, 14*, 771-785.

Gilbar, O. (1999). Gender as a predictor of burden and psychological distress in elderly husbands and wives of cancer patients. *Psycho-Oncology, 8*, 287-294.

Giltay, E. J., Zitman, F. G., & Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of depressive symptoms during 15 years of follow-up: the Zutphen Elderly Study. *Journal of Affective Disorders, 91*, 45-52.

Given, B., & Given, C. (1991). Family caregivers of cancer patients. *Current Issues in Cancer Nursing Practice*. 1-7.

Given, B. A., Given, C. W., & Kozachik, S. (2001). Family support in advanced cancer. *Cancer Journal for Clinicians, 51*(4), 213-231.

Given, B., Waytt, G., Given, C., Gift, A., Sherwood, P., DeVoss, D., et al. (2005). Burden and cancer depression among caregivers of patients with cancer at the end-of-life. *Oncology Nursing Forum, 31*(6), 1105-1117.

Goldman, N., Korenman, S., & Weinstein, R. (1995). Marital status and health among the elderly. *Social Science and Medicine, 40*(12), 1717-1730.

Harrinson, J., Haddad, P., & Maguire, P. (1995). The impact of cancer on key relatives: A comparison of relative and patients concerns. *European Journal of Cancer, 31*(11), 1736-1740.

Ironson, G., Balbin, E., Stuetzle, R., Fletcher, M. A., O’Cleirigh, C., Laurenceau, J. P. et al. (2005). Dispositional optimism and the mechanisms by which It predicts slower disease progression in HIV: Proactive Behaviour, Avoidant Coping, and Depression. *International Journal of Behavioural Medicine, 12*(2), 86-97.

Justo, J. M. (2002). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, intervenção e articulações. In M.R. Dias & E. Durá (Coord.). *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 51-73). Lisboa: Climepsi Editores.

Kanavos, P. (2006). The rising burden of cancer in the developing world (Symposium Article). *Annals of Oncology*, 17 (Supplement 8), viii15-viii23.

Kangas, & Bryant (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer – A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22(4), 499-524.

Kiecolt-Glaser, J. K., Robles, T. F., Heffner, K. L., Loving, T. J., & Glaser, R. (2002). Psycho-oncology and cancer: Psychoneuroimmunology and cancer. *European Society for Medical Oncology*, 165-169.

Kim, Y., Baker, F., & Spillers, R.L. (2007). Cancer caregivers' quality of life: Effects of gender, relationship, and appraisal. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(3), 294-303.

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

Kivimäki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Helenius, H., Singh-Manoux, A., & Pentti, J. (2005). Optimism and pessimism as predictors of change in health after death or onset of severe illness in family. *Health Psychology*, 24 (4), 413-421.

Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K., & Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7(2), 101-111.

Kurtz, M. E., Kurtz, J. C., Given, C. W., & Given, B. (1995). Relationship of caregiver reactions and depression to cancer patient's symptoms, functional states and depression – a longitudinal view. *Social Science and Medicine*, 40(6), 837-846.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavioural Research and Therapy*, 33(3), 335-343.

Lutgendorf, S. K., Weinrib, A. Z., Penedo, F., Russell, D., DeGeest, K., Costanzo, E. S., Henderson, P. J., Sephton, S. E., Rohleder, N., Lucci, J. A., Cole, S., Sood, A. K., & Lubaroff, D. M. (2008). Interleukin-6, cortisol, and depressive symptoms in ovarian cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 26(29), 4820-4827.

Massie, M., Holland, J., & Straker, N. (1990). Psychotherapeutic interventions. In J. Holland, & J. Rowland (Eds). *Handbook of Psycho-Oncology* (pp. 445-469). New York: Oxford University Press.

Mosher, C. E., & Danoff-Burg, S. (2005). Psychosocial impact of parental cancer in adulthood: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychological Review*, 25(3), 365-382.

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Patiraki, E., Galanos, A., & Vlahos (2007). Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain, and spirituality in patients with advanced cancer. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(3), 150-161.

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061-1072.

Ogden, J. (2004). A Psicologia na evolução da doença: HIV, cancro e doença coronária. In J. Ogden, *Psicologia da Saúde* (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores. 13: 355-386.

Pais-Ribeiro, J. L., (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, 547-558.

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004a). Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21). *Psicologica*, 36, 235-246.

Pais-Ribeiro, J., Silva, A. M., Meneses, R. F., & Falco, C. (2007). Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 11, 33-38.

Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 53-73.

Pereira, M. G., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi editores.

Santos, C. S. V. B., Pais-Ribeiro, J., & Lopes (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(2), 185-204.

Sales, E., Schulz, R., & Biegel, D. (1992). Predictors of strain in families of cancer patients: A review of the literature. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10(2), 1-25.

Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of Life Research*, 12 (supplement 1), 33-41.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-47.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55(2), 169-204.

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and Trait Anxiety, Self-Mastery, and Self-Esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.

Segerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, coping and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1646-1655.

Segerstrom, S. C. (2005). Optimism and Immunity: Do positive thoughts always lead to positive effects? *Brain, Behaviour and Immunity*, 19, 195-200.

Segerstrom, S. C. (2007). Optimism and resources: Effects on each other and on health over ten years. *Journal of Research in Personality*, 41, 772-786.

Simpson, J. S. A., Carlson, L. E., Beck, C. A., & Patten, S. (2002). *Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients*. *Psycho-Oncology*, 11(4), 282-294.

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenwald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist*, 55(1), 99-109.

Teles, S. S., Ribeiro, M. M., & Cardoso, V. (2003). A psicologia na área da oncologia. Avaliação dos níveis de depressão e ansiedade nos doentes com patologia colo-rectal maligna. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(2), 71-77.

Toseland, R. W., Blanchard, C. G., & McCallion, P. (1995). A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Soc. Sci. Med.*, 40(4), 517-528.

Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kielcolt-Glaser, J. K. (1996). The Relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin* 119(3), 488-531.

Wengler, L., & Rosén, A. S. (1995). Optimism, self-esteem, mood and subjective health. *Personality and Individual Differences*, 18(5), 653-661.