



# O PAPEL DAS RUMINAÇÕES E DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS NO AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO À DOENÇA ONCOLÓGICA EM FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Diana Isabel Freitas Ferreira

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Gandra, março de 2019



# O PAPEL DAS RUMINAÇÕES E DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS NO AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO À DOENÇA ONCOLÓGICA EM FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Diana Isabel Freitas Ferreira

Dissertação apresentada no Instituto Universitário de Ciências da Saúde para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia sob a orientação da Professora Doutora Manuela Leite e coorientação da Professora Doutora Vera Almeida

Gandra, março de 2019

## Declaração de Integridade

Diana Isabel Freitas Ferreira, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração desta Dissertação.

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro, que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

## Agradecimentos

Quem me conhece, sabe que a conclusão desta etapa é extremamente importante para mim e tornou-se ainda mais especial, graças às pessoas que me acompanharam neste percurso, às quais deixo o meu sincero agradecimento.

Aos meus **pais**, em primeiro lugar, por sempre me encorajarem na conquista dos meus sonhos e objetivos, pelo esforço que fizeram para me proporcionar a minha formação académica, por nunca deixarem que nada me faltasse e, acima de tudo, por sempre me apoiarem em todas as etapas da minha vida. Tudo o que sou hoje, é a vocês que devo.

À **Prof. Dra. Manuela Leite**, pela orientação prestada, pelo apoio e disponibilidade em todos os momentos, pelo rigor e transmissão de conhecimentos e pela orientação exemplar ao longo deste percurso.

A toda a **equipa de investigação**, em especial à **Prof. Dra. Vera Almeida** e ao **Prof. Dr. José Carlos Rocha**, por sempre se mostrarem disponíveis a ajudar e a responder às minhas necessidades.

Ao **Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães** e, em especial, à **Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos** pela colaboração, ajuda e disponibilidade oferecidas para a realização desta investigação.

A todos os **professores**, por todo o conhecimento que me transmitiram ao longo do meu percurso académico, contribuindo, desta forma, para o meu futuro profissional.

A todos os meus **amigos** que estiveram presentes ao longo deste meu percurso, e por me demonstrarem que a amizade é das melhores coisas da vida. Em especial, à **Gabriela**, por ser tão minha amiga e, todos os dias, dar sentido à frase “os amigos da faculdade são para sempre”; à **Joana**, a minha parceira ao longo de todo este ano de esforço e dedicação, por em todos os momentos ter sido muito mais que o meu braço direito; à **Ritinha**, por nunca me deixar desistir, por sempre me apoiar, por nunca duvidar de mim, e por ser para mim muito mais que uma melhor amiga.

À minha **família**, por sempre me apoiar e fazer sentir amada, nomeadamente aos meus primos, **Rita e Ginho**, por serem os irmãos que nunca tive, por estarem incondicionalmente do meu lado e por me fazerem saber que estão e estarão sempre orgulhosos de mim.

Por último, agradeço ao meu afilhado, **Eduardo**, que apesar de ainda tão pequenino, é já um motivo de inspiração e motivação tão grande para mim. Que, um dia, ele possa saber que o trabalho e dedicação são fulcrais para a obtenção dos nossos sonhos e que ele próprio seja capaz de alcançar todos os seus objetivos, sempre com a certeza de que aconteça o que acontecer, faça o que fizer, vou sempre transbordar de orgulho pelo privilégio de o poder acompanhar. Porque ser tua madrinha é a melhor coisa do mundo!

## Índice

Página de Título .....	1
Resumo .....	2
Abstract.....	3
Introdução.....	4
Metodologia.....	7
Participantes .....	7
Procedimentos.....	9
Instrumentos.....	11
Análise Estatística .....	12
Resultados.....	14
Discussão.....	21
Conclusões .....	27
Bibliografia.....	28
ANEXOS .....	31

## Índice de Tabelas

Tabela 1: Caracterização da amostra.....	8
Tabela 2: Resultados obtidos pela amostra nos diferentes instrumentos .....	15
Tabela 3: Correlações de <i>Spearman</i> entre o QPR e o INECO.....	16
Tabela 4: Correlações de <i>Spearman</i> entre QPR, INECO e restantes instrumentos.....	17
Tabela 5: Descritivas e magnitude de efeito para o QPR no GI e GC .....	17
Tabela 6: Descritivas e magnitude de efeito para o INECO no GI e GC.....	18
Tabela 7: Descritivas e magnitude de efeito para os TE no GI e GC.....	19
Tabela 8: Descritivas e magnitude de efeito para o EROS no GI e GC.....	20
Tabela 9: Descritivas e magnitude de efeito para a ELA no GI e GC.....	20

## Índice de Figuras

Figura 1: Fluxograma dos casos incluídos no estudo.....	10
---	----

## Índice de Anexos

**ANEXO 1** – Normas para a submissão na revista *OMEGA – Journal of Death and Dying*

# O papel das ruminações e das funções executivas no ajustamento psicológico à doença oncológica em familiares cuidadores de pacientes em cuidados paliativos

Diana Ferreira<sup>1</sup>, Ana Rita Cardoso<sup>3</sup>, Vera Almeida<sup>1,2</sup>, José Carlos Rocha<sup>1,2</sup>, Sónia Remondes Costa<sup>2,3</sup>, Ricardo Teixeira<sup>2,4</sup>, Gerly Macedo<sup>2,5</sup>, & Manuela Leite<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> CESPU, Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS)

<sup>2</sup> CESPU, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde (IINFACTS)

<sup>3</sup> Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD)

<sup>4</sup> Universidade de Aveiro (UA)

<sup>5</sup> Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães (HSOG)

## Resumo

**Introdução:** Os cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos apresentam frequentemente pensamentos ruminativos, associando-se a estados emocionais negativos, que podem influenciar o funcionamento executivo. O objetivo deste estudo foi avaliar os níveis de ruminação nestes familiares, e caracterizar o funcionamento executivo, luto antecipatório, regulação emocional, e sintomatologia emocional, assim como, o impacto da Terapia da Dignidade nestas variáveis.

**Metodologia:** A amostra é constituída por 10 familiares cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Foram realizadas duas avaliações, tendo-se utilizado o QPR, INECO, ELA, TE, EROS e Questionário Sociodemográfico.

**Resultados:** Observaram-se correlações entre pensamentos ruminativos e variáveis emocionais e luto antecipatório, bem como entre o funcionamento executivo e variáveis emocionais. Quanto à influência da Terapia da Dignidade, verificou-se um efeito positivo da mesma ao nível da regulação emocional, sofrimento, depressão e revolta.

**Conclusão:** O presente estudo vem reforçar o sofrimento emocional vivenciado pelos familiares cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

**Palavras-Chave:** Cancro, Cuidados Paliativos, Cuidadores, Ruminações, Funções Executivas

## Abstract

**Background:** Caregivers of cancer patients in palliative care often have ruminal thoughts, associated with negative emotional states, which may influence executive functioning. The aim of this study was to evaluate rumination levels in these relatives, and to characterize executive functioning, anticipatory grief, emotional regulation, and emotional symptomatology, as well as the impact of Dignity Therapy on these variables.

**Methods:** The sample consists of 10 family caregivers of cancer patients in palliative care. Two evaluations were performed, using the PTQ, INECO, ELA, ET, EROS and Sociodemographic Questionnaire.

**Results:** Correlations between ruminal thoughts and emotional variables and anticipatory grief were observed, as well as between executive functioning and emotional variables. As for the influence of Dignity Therapy, there was a positive effect of it on the level of emotional regulation, distress, depression and anger.

**Conclusion:** The present study reinforces the emotional suffering experienced by family caregivers of cancer patients in palliative care.

**Keywords:** Cancer, Palliative Care, Caregivers, Ruminations, Executive Functions

## Introdução

A doença oncológica, pelas suas características, é considerada uma doença crónica, debilitante e progressiva (Bailão, 2013), sendo responsável por 24,7% da mortalidade no país, constituindo a segunda causa básica de morte em Portugal (INE, 2016).

O diagnóstico de uma doença com risco de vida, como é o caso do cancro, está associado a um sofrimento psicológico elevado, tanto para pacientes como para os seus cuidadores (Wilson, et al., 2007; Galfin & Watkins, 2011), devido não só à grande carga emocional associada ao cancro e às representações sociais que lhe estão implícitas (Alves, 2013), mas também às mudanças necessárias nas rotinas diárias, ao acréscimo de novas responsabilidades, às alterações na dinâmica familiar, e à redistribuição de papéis no seio familiar (Pereira & Lopes, 2005). Assim, consequência destas modificações e perdas, é frequente, ao longo de todo o processo da doença, que os familiares atravessem um processo de luto antecipatório (Schuler, Zaider, & Kissane, 2012).

Os cuidadores informais, geralmente familiares dos doentes, prestam cuidados complexos e de longo prazo aos seus entes queridos, deixando muitas vezes de parte outras responsabilidades pessoais, familiares, domésticas e profissionais (McGuire, Grant, & Park, 2012).

Parece razoável esperar que os cuidadores familiares de um ente querido que experiencie diversas formas de sofrimento grave associadas à doença oncológica se sintam assustados e desamparados, e que a exposição ao sofrimento do paciente possa influenciar a sua própria saúde mental (Prigerson, et al., 2003).

Vários estudos (Payne, Smith, & Dean, 1999; Prigerson, et al., 2003) descrevem que os cuidadores de pacientes paliativos estão preocupados com o bem-estar físico do paciente, com as exigências e o impacto do seu papel de cuidador e com o futuro.

Chama-se ruminação ao foco sobre as dificuldades e os sentimentos pessoais, e pensar sobre as suas causas, significados e consequências (Nolen-Hoeksema, 2000; Watkins,

2008), sendo este um processo caracterizado por repetitividade, intromissão e dificuldade de abstração (Ehring, et al., 2011).

Há relato de um aumento da incerteza, abstração e ruminação em cuidadores de pacientes paliativos, estando estes mecanismos psicológicos envolvidos no aumento do sofrimento emocional (Galfin & Watkins, 2011). Também as preocupações existenciais são elevadas nestes cuidadores, estando associadas à ruminação angustiante (Galfin, Watkins, & Harlow, 2010) e ao aparecimento e manutenção de sintomas de ansiedade e depressão (Watkins, 2008). A ruminação é, assim, potencialmente relevante para o sofrimento psíquico em cuidados paliativos (Galfin, et al., 2010).

Watkins e Brown (2002) apontam a existência de uma associação entre sintomatologia depressiva e défices no funcionamento executivo, sugerindo que o prejuízo nas tarefas executivas pode resultar ou ser exacerbado pela interferência de outras atividades cognitivas ou alterações no estilo de pensamento, como é o caso das ruminções.

Um outro estudo desenvolvido por Hippel e seus colaboradores (2008) inferiu que défices nas funções executivas interferem na capacidade de controlar pensamentos ruminativos, o que pode contribuir para o surgimento de sintomatologia depressiva.

Davis e Nolen-Hoeksema (2000), por sua vez, concluíram que indivíduos com tendências ruminativas cometiam mais erros preservativos em testes de funcionamento executivo, comparativamente com os indivíduos não ruminantes.

Ora, sabendo que os cuidadores de pacientes em cuidados paliativos apresentam, na sua generalidade, pensamentos ruminativos, associados a estados emocionais negativos, torna-se fulcral compreender a relação entre estas variáveis, e se existe interferência das mesmas no funcionamento executivo destes indivíduos.

Desta forma, o objetivo principal desta investigação passou por avaliar os níveis de ruminação numa amostra de familiares cuidadores de doentes oncológicos em cuidados paliativos, bem como caracterizar o funcionamento executivo, o luto antecipatório, a regulação emocional, e a sintomatologia emocional destes indivíduos. Este estudo objetivou, ainda, analisar a relação existente entre as ruminções, funcionamento

executivo, luto antecipatório e variáveis emocionais, assim como, a Terapia da Dignidade a que um grupo de doentes foi sujeito.

## Metodologia

### Participantes

A população alvo é constituída por familiares de pacientes oncológicos, acompanhados pela Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), do Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães (HSOG).

Este estudo inclui 10 familiares e respetivos doentes, sendo 90% dos indivíduos cuidadores principais e 10% cuidadores secundários. Relativamente ao grau de parentesco com o doente, os familiares são maioritariamente filhos (50%), seguidos de cônjuges (30%), irmãos (10%) e sobrinhos (10%).

A amostra é integrada na sua totalidade por indivíduos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 29 e os 65 anos ( $M=47.80$ ;  $DP=12.88$ ), como se pode verificar na Tabela 1.

Todos os indivíduos residem em Portugal, sendo que a maioria habita no distrito de Braga (80%), seguindo-se o Porto (10%) e Vila Real (10%).

No que diz respeito ao estado civil, a amostra é constituída na sua maioria por indivíduos casados (80%), sendo os remanescentes solteiros (10%) ou viúvos (10%).

Ao nível da escolaridade, 30% dos indivíduos possuem um curso superior, 20% concluíram o ensino secundário, 20% o 3º ciclo, 20% o 1º ciclo, e 10% o 2º ciclo. A maioria dos participantes encontra-se ativo profissionalmente (50%), estando os restantes desempregados (20%), reformados (20%) ou a estudar (10%).

No que concerne ao conhecimento do diagnóstico da doença do familiar, em 80% dos casos foi dada a conhecer pelo médico, 10% pelo próprio doente e 10% por outro familiar; sendo os sentimentos de tristeza (40%), choque (40%) e revolta (20%) aqueles que os indivíduos usaram para descrever o seu estado emocional quando tomaram conhecimento do mesmo.

Quando questionados se tinham acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, 20% dos indivíduos referem acompanhamento prévio ao diagnóstico do paciente e 10% requisitaram

ajuda após o diagnóstico, estando estes 30% medicados com psicofármacos. Os restantes 70% responderam negativamente.

Tabela 1  
Caracterização da amostra

		n	%
Sexo	Feminino	10	100
	Masculino	0	0
Distrito/Residência	Braga	8	80
	Porto	1	10
	Vila Real	1	10
Estado Civil	Casada	8	80
	Solteira	1	10
	Viúva	1	10
Situação Profissional	Ativa	5	50
	Desempregada	2	20
	Reformada	2	20
	Estudante	1	10
Escolaridade	1º ciclo	2	20
	2º ciclo	1	10
	3º ciclo	2	20
	Ensino Secundário	2	20
	Ensino Superior	3	30
Grau de Parentesco com o Doente	Esposa	3	30
	Filha	5	50
	Irmã	1	10
	Sobrinha	1	10
Cuidador Principal	Sim	9	90
	Não	1	10
Transmissor do Diagnóstico do Familiar	Médico	8	80
	Paciente	1	10
	Outro Familiar	1	10
Reação ao Diagnóstico do Familiar	Tristeza	4	40
	Choque	4	40
	Revolta	2	20
Acompanhamento Psicológico	Após Diagnóstico	1	10
	Prévio	2	20
	Não	7	70
Psicofármacos	Sim	3	30
	Não	7	70
Conversa sobre a Doença	Sim	10	100
	Não	0	0
Prestação de Cuidados Necessários	Sim	10	100
	Não	0	0

## Procedimentos

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do HSOG, após ter sido objeto de análise por parte do mesmo.

Posteriormente, foram identificados os indivíduos que reuniam condições para participar na investigação. Esta identificação foi realizada através do contacto presencial com os doentes e familiares por meio da observação participante das consultas externas de Cuidados Paliativos do hospital, bem como através da informação fornecida pela EIHSOP e da análise do processo clínico informatizado (SClínico). Importa referir que este estudo se insere numa investigação mais ampla, que implica a elegibilidade simultânea dos doentes e seus familiares.

Estipularam-se como critérios de inclusão neste estudo (1) o doente ser elegível de acordo com os critérios pré-estabelecidos<sup>1</sup>; (2) ser familiar de um doente oncológico em Cuidados Paliativos; (3) prestar cuidados ao doente; (4) saber ler e escrever; (5) não possuir nenhum défice cognitivo e/ou psicopatologia que compromettesse a capacidade de resposta aos instrumentos de avaliação.

Embora apenas 10 indivíduos tenham reunido condições para serem incluídos neste estudo, foram abordados na totalidade 276 familiares de doentes oncológicos em cuidados paliativos. No entanto, fatores como o não preenchimento dos critérios de inclusão, a não aceitação em participar na investigação, a agudização da situação clínica do doente e consequente desistência, ou o falecimento do doente prévio ao término da avaliação, impossibilitaram a sua inclusão na análise de resultados (Figura 1).

Os pares<sup>2</sup> que cumpriram os critérios de inclusão e aceitaram participar na investigação, preencheram o consentimento informado, tendo-lhe sido fornecidas previamente informações sobre a natureza e objetivos do estudo, assim como certificação do estatuto

---

<sup>1</sup> Os critérios de inclusão dos doentes são (1) ser doente oncológico em Cuidados Paliativos; (2) saber ler e escrever; (3) não possuir nenhum défice cognitivo e/ou psicopatologia que compromettesse a capacidade de resposta aos instrumentos de avaliação; (4) ter ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) inferior a 3; (5) apresentar insight sobre o seu diagnóstico; e (6) ter consciência do prognóstico da sua doença.

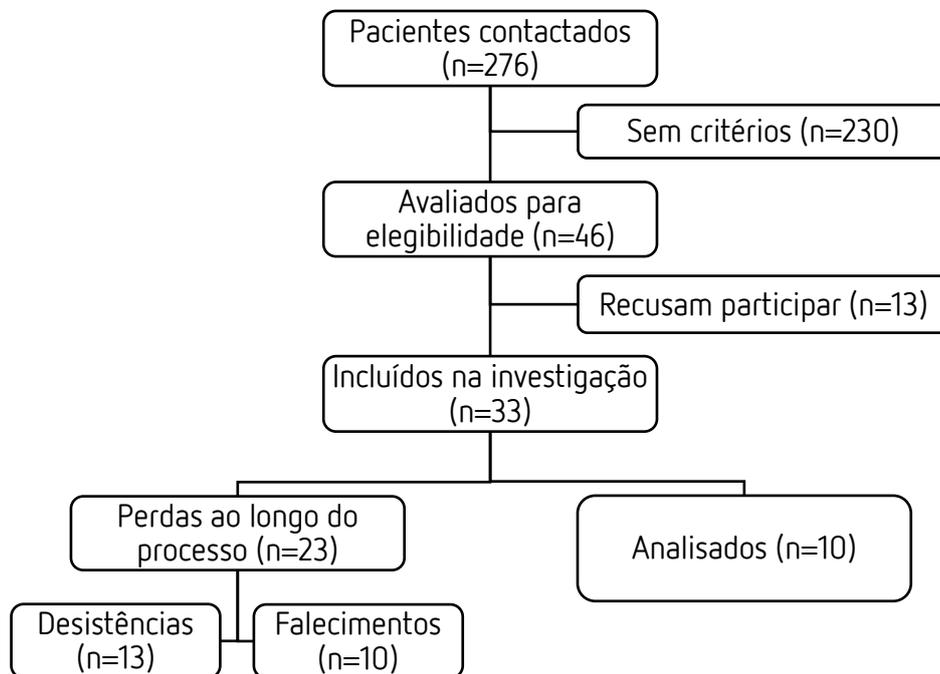
<sup>2</sup> Refere-se à dupla doente-familiar, tendo em consideração que para integrarem a investigação em questão, ambos tinham de ser elegíveis e aceitarem participar.

de voluntariedade e assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos. Posto isto, ao familiar, era aplicado um Questionário Sociodemográfico, com o propósito de recolher dados relevantes acerca do próprio participante e da doença do seu familiar.

Seguidamente, eram explicados e aplicados os diferentes instrumentos constituintes do protocolo de investigação, de forma individual e num local com condições apropriadas.

Importa referir que alguns doentes foram submetidos a uma intervenção à Luz da Terapia da Dignidade<sup>3</sup>, constituindo na investigação global o Grupo de Intervenção. Desta forma, os pares foram alocados de forma aleatória no grupo de controlo (GC) ou no grupo de intervenção (GI). Independentemente do grupo de pertença (GC vs. GI), no que concerne aos familiares os procedimentos de avaliação foram rigorosamente os mesmos. Neste sentido, 6 participantes do presente estudo fazem parte do grupo de intervenção e os restantes 4 do grupo de controlo.

O protocolo de questionários foi aplicado em dois momentos de avaliação distintos, com um espaçamento de dois meses, simultaneamente às duas avaliações do paciente.



**Figura 1.** Fluxograma dos casos incluídos no estudo.

<sup>3</sup> Conjunto de sessões que culmina com a elaboração de um documento - um legado em fim de vida, sendo posteriormente entregue pelos doentes aos seus familiares.

## Instrumentos

*Questionário de Pensamentos Ruminativos (QPR)*: O pensamento negativo perseverativo é um processo caracterizado por repetitividade, intromissão e dificuldade de abstração (Ehring, et al., 2011). Este instrumento, desenvolvido por Ehring e seus colaboradores (2011), tem como objetivo avaliar estas características. A escala tem 15 itens e cada um deles é classificado numa escala de *Likert* de 5 valores (de 0 a 4), onde 0 é “nunca”, 1 é “raramente”, 2 é “às vezes”, 3 é “muitas vezes” e 4 é “quase sempre”. No preenchimento das respostas, é pedido ao indivíduo que descreva a forma como habitualmente pensa sobre experiências negativas ou problemas. A versão utilizada encontra-se adaptada para a população portuguesa por Teixeira e Pereira (2011).

*INECO Frontal Screening*: Validado para a população portuguesa por Caldeira, Baeta e Peixoto (2011), é um instrumento de rastreio de avaliação das funções executivas, breve, sensível e específico para a deteção da disfunção executiva. Este instrumento foi concebido para avaliar sucintamente o máximo de componentes possíveis em três grupos específicos: inibição de respostas, capacidade de abstração e memória de trabalho.

*Termómetros Emocionais (TE)*: Em 1998, o *Distress Thermometer* (DT) foi desenvolvido e validado para avaliar o sofrimento emocional no cancro (Roth, et al., 1998). O DT é uma medida simples, de autorrelato, que consiste numa linha ou na imagem de um termómetro, ao qual se associa uma escala de 0-10, correspondendo o valor 0 a “nenhum sofrimento” e o valor 10 “sofrimento extremo”. Em 2007, Alex Mitchell desenvolveu e validou uma nova extensão de vários domínios e adaptação do DT chamado *Emotion Thermometers tool* (Mitchell, 2007). Este instrumento apresenta quatro domínios preditores (sofrimento emocional, ansiedade, depressão e revolta) e um domínio não emocional (necessidade de ajuda). Os pontos de corte definidos são de 5 para os termómetros Sofrimento Emocional, Depressão e Revolta; 6 para o termómetro Ansiedade; e 4 para o termómetro Necessidade de Ajuda. A versão portuguesa foi traduzida e validada por Teixeira e Pereira (2010).

*Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu (EROS)*: Esta escala foi desenvolvida por Niven, Totterdell, Stride e Holman (2011), devido à escassez de escalas validadas para avaliar as diferenças individuais na utilização de estratégias para alcançar formas alternativas de

regulação de afetos (Niven, et al., 2011). É composta por 19 itens, cada um classificado numa escala de *Likert* de 5 valores (de 1 a 5), onde 1 é “de modo nenhum”, 2 é “apenas um pouco”, 3 é “de forma moderada”, 4 é “bastante” e 5 “em grande medida”. A escala divide-se na subescala extrínseca (9 itens) e subescala intrínseca (10 itens), apresentando uma estrutura de quatro fatores: (1) melhoria extrínseca do afeto (ME), (2) pioria extrínseca do afeto (PE), (3) melhoria intrínseca do afeto (MI), e (4) pioria intrínseca do afeto (PE). A versão utilizada foi adaptada para a população portuguesa por Teixeira, Pereira e Chaves (2013).

*Escala de Luto Antecipatório (ELA)*: A versão original, desenvolvida por Theut, Jordan, Ross, e Deutsch (1991), destinava-se à avaliação do luto antecipatório em cuidadores de doentes com demência. De forma a ser utilizada nesta investigação, a escala foi traduzida e adaptada a familiares de doentes oncológicos por Leite, Oliveira, Almeida, Rocha Teixeira, Remondes-Costa e Gonçalves (2017). É composta por 27 itens do tipo *Likert*, de 1 (“discordo totalmente”) a 5 (“concordo totalmente”), sendo 3 um valor neutro (“não concordo nem discordo”); e avalia sentimentos como a raiva, culpa, ansiedade, irritabilidade, tristeza, sentimentos de perda e dificuldades em realizar tarefas habituais.

### **Análise Estatística**

A análise estatística dos dados foi realizada com o auxílio do software informático estatístico *IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 25, para *Windows* 10.

Recorreu-se a medidas de tendência central e de dispersão (médias e desvios padrões) e distribuição de frequências para a caracterização sociodemográfica da amostra e descrição dos resultados obtidos nas provas.

Para determinar a relação entre variáveis foram utilizadas correlações não paramétricas, através da análise do coeficiente de *Spearman*.

De forma a verificar as diferenças entre os resultados obtidos pelo grupo de intervenção e o grupo de controlo, nas primeira e segunda avaliações, relativamente aos diferentes instrumentos, analisou-se a magnitude de efeito, através do cálculo do *d* de Cohen. Os

valores obtidos de magnitude de efeito foram interpretados segundo inicialmente sugerido por Cohen (1988) e expandido por Sawilowsky (2009).

Resultados com  $p < 0.05$  foram considerados estatisticamente significativos.

## Resultados

Os resultados obtidos pela amostra nos diferentes instrumentos, nos primeiro e segundo momentos de avaliação, encontram-se na Tabela 2.

Relativamente aos Pensamentos Ruminativos (QPR), atingiram-se valores médios de 24.80 ( $DP=13.46$ ) na primeira avaliação, e de 25.90 ( $DP=18.03$ ) na segunda, revelando a intrusão de pensamentos repetitivos nos elementos da amostra.

Já no que concerne às Funções Executivas, avaliadas através do INECO, a amostra alcançou na primeira avaliação resultados médios de 17.28 ( $DP=6.11$ ), e na segunda de 17.90 ( $DP=47.01$ ), valores abaixo da média normativa.

Nos Termómetros Emocionais, os valores médios obtidos pela amostra foram clinicamente significativos para todos os domínios, em ambas as avaliações. Relativamente ao Sofrimento Emocional, na primeira avaliação a média obtida foi 7.40 ( $DP=1.89$ ), e na segunda 7.00 ( $DP=2.79$ ). No que diz respeito à Ansiedade, a média foi de 6.40 ( $DP=3.20$ ) no primeiro momento, e 6.20 ( $DP=3.36$ ) no segundo. Já para a depressão, nas primeira e segunda avaliações, foram alcançados valores de 6.00 ( $DP=3.65$ ) e 5.60 ( $DP=3.37$ ), respetivamente. No que concerne à Revolta, a média foi 6.70 ( $DP=3.34$ ) na primeira avaliação, e 6.40 ( $DP=3.10$ ) na segunda. No domínio Necessidade de Ajuda, atingiram-se resultados de 5.40 ( $DP=2.32$ ) e 5.40 ( $DP=2.50$ ) nos dois momentos de avaliação.

Ao nível da Regulação Emocional (EROS), no que diz respeito à Melhoria do Afeto, na subescala Extrínseca obtiveram-se valores médios de 23.10 ( $DP=3.87$ ) e 23.50 ( $DP=4.65$ ) nas primeira e segunda avaliações, e na subescala Intrínseca valores de 20.20 ( $DP=4.26$ ) e 20.80 ( $DP=4.32$ ). Considerando que valores elevados nas subescalas de Melhoria do Afeto, se traduzem numa melhor Regulação Emocional, e tendo em conta que o valor máximo nestas subescalas é de 30, estes resultados podem considerar-se satisfatórios.

Relativamente à Pioria do Afeto, na subescala Extrínseca foram obtidos valores médios de 3.90 ( $DP=1.73$ ) e 3.80 ( $DP=1.40$ ) nas primeira e segunda avaliações, e na subescala Intrínseca valores de 6.40 ( $DP=2.46$ ) e 4.90 ( $DP=1.52$ ). Considerando que valores reduzidos

nas subescalas de Pioria do Afeto, se traduzem numa melhor Regulação Emocional, e tendo em conta que os valores mínimos são de 3 e 4 nas subescalas Extrínseca e Intrínseca, respetivamente, estes são considerados bons resultados.

No que diz respeito ao Luto Antecipatório (ELA), foram alcançados resultados médios de 78.90 ( $DP=11.73$ ) na primeira avaliação, e de 71.10 ( $DP=18.14$ ) na segunda, o que se traduz em níveis elevados de luto antecipado.

Tabela 2  
Resultados obtidos pela amostra nos diferentes instrumentos

	1ª avaliação		2ª avaliação	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
QPR	24.80	13.46	25.90	18.03
INECO	17.28	6.11	17.90	47.01
TE				
Sofrimento Emocional	7.40	1.89	7.00	2.79
Ansiedade	6.40	3.20	6.20	3.36
Depressão	6.00	3.65	5.60	3.37
Revolta	6.70	3.34	6.40	3.10
Necessidade de Ajuda	5.40	2.32	5.40	2.50
EROS				
Melhoria Extrínseca	23.10	3.87	23.50	4.65
Pioria Extrínseca	3.90	1.73	3.80	1.40
Melhoria Intrínseca	20.20	4.26	20.80	4.32
Pioria Intrínseca	6.40	2.46	4.90	1.52
ELA	78.90	11.73	71.10	18.14

Após a análise dos resultados obtidos nos diferentes instrumentos, em ambos os momentos de avaliação, foi realizado o estudo correlacional entre eles. Para tal, foram considerados significativos valores com nível de significância inferior a 0.05.

Desta forma, e de acordo com os objetivos estipulados, procedeu-se primeiramente à análise correlacional entre o QPR e o INECO (Tabela 3).

Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre o INECO e o QPR, refutando a hipótese da existência de algum tipo de influência entre funções executivas e pensamentos ruminativos na amostra em estudo.

Tabela 3  
Correlações de *Spearman* entre o QPR e o INECO

QPR e INECO	1ª avaliação		2ª avaliação	
	$\rho$	$p$	$\rho$	$p$
	0.435	0.242	-0.159	0.662

\*\* $p < 0.01$ ; \* $p < 0.05$

De seguida, analisaram-se as correlações existentes entre o QPR e o INECO e os restantes instrumentos (Tabela 4).

Os resultados revelaram correlações estatisticamente significativas, positivas e fortes entre o QPR e os diferentes Termómetros Emocionais, nomeadamente na primeira avaliação, com o TE Sofrimento Emocional ( $\rho=0.914$ ;  $p=0.000$ ), o TE Depressão ( $\rho=0.838$ ;  $p=0.002$ ) e o TE Revolta ( $\rho=0.850$ ;  $p=0.002$ ), e na segunda avaliação com o TE Depressão ( $\rho=0.884$ ;  $p=0.001$ ), revelando que quanto maior a frequência de pensamentos ruminativos, maiores o sofrimento emocional e os sentimentos de depressão e revolta.

Relativamente às correlações entre o QPR e o EROS, encontraram-se correlações significativas e positivas entre o QPR e a subescala de Pioria Intrínseca, sendo a correlação forte na primeira avaliação ( $\rho=0.741$ ;  $p=0.014$ ), e moderada na segunda ( $\rho=0.664$ ;  $p=0.036$ ), indicando que quanto maior a frequência de pensamentos ruminativos, maior a pioria deliberada dos próprios sentimentos.

De salientar, ainda, a correlação significativa, positiva e forte, na primeira avaliação, entre o QPR e a ELA ( $\rho=0.815$ ;  $p=0.004$ ), o que revela que quanto maior a frequência de pensamentos ruminativos, maior o luto antecipatório por parte dos familiares.

No que diz respeito às funções executivas, na segunda avaliação, podem observar-se correlações significativas, positivas e fortes entre o INECO e as subescalas Melhoria Extrínseca ( $\rho=0.724$ ;  $p=0.018$ ) e Melhoria Intrínseca ( $\rho=0.717$ ;  $p=0.020$ ), o que indica uma influência positiva da regulação emocional no funcionamento executivo. De realçar, ainda, a correlação estatisticamente significativa, negativa e moderada, encontrada na segunda avaliação, entre o INECO e o TE Depressão ( $\rho=-0.652$ ;  $p=0.041$ ), que indica que quanto maior a depressão menor a capacidade de funcionamento executivo.

Tabela 4  
Correlações de *Spearman* entre QPR, INECO e restantes instrumentos

	QPR		INECO	
	1ª avaliação	2ª avaliação	1ª avaliação	2ª avaliação
<b>TE</b>				
Sofrimento Emocional	<b>0.914**</b>	0.615	0.519	-0.356
Ansiedade	0.511	0.575	0.213	-0.156
Depressão	<b>0.838**</b>	<b>0.884**</b>	0.553	<b>-0.652*</b>
Revolta	<b>0.850**</b>	0.586	0.308	-0.539
Necessidade de Ajuda	0.382	0.448	0.502	-0.500
<b>EROS</b>				
Melhoria Extrínseca	-0.120	0.152	0.272	<b>0.724*</b>
Pioria Extrínseca	-0.186	0.225	0.229	0.057
Melhoria Intrínseca	-0.483	0.073	0.122	<b>0.717*</b>
Pioria Intrínseca	<b>0.741*</b>	<b>0.664*</b>	0.163	-0.248
ELA	0.616	<b>0.815**</b>	-0.042	-0.318

\*\* $p < 0.01$ ; \* $p < 0.05$

Posto isto, calculou-se o delta entre as médias dos resultados das primeira e segunda avaliações, analisando-se a magnitude de efeito do mesmo entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo, através do cálculo do  $d$  de Cohen, de forma a avaliar se a intervenção a que os pacientes foram alvo, teve alguma influência nos processos ruminativos, cognitivos e emocionais dos respetivos familiares.

Primeiramente, foi calculada a média dos resultados dos familiares do GI e do GC para o QPR, em ambas as avaliações, e ao nível da evolução dos casos entre ambos (Tabela 5). Verifica-se um aumento dos pensamentos ruminativos no GI ( $M=2.00$ ;  $DP=8.72$ ) e uma ligeira diminuição dos mesmos no GC ( $M=-0.25$ ;  $DP=12.15$ ), sendo que a magnitude de efeito da intervenção na evolução da ruminação de ambos os grupos é considerada pequena ( $d=0.213$ ;  $r=0.106$ ).

Tabela 5  
Descritivas e magnitude de efeito para o QPR no GI e GC

QPR	GI		GC		$d$ de Cohen	Magnitude de Efeito $r$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$		
1ª avaliação	25.17	13.32	24.25	15.71		
2ª avaliação	27.16	14.25	24.00	25.07		
$\Delta (2^a-1^a)$	2.00	8.72	-0.25	12.15	0.213	0.106

Relativamente ao INECO, procedeu-se ao mesmo cálculo, verificando-se um aumento da pontuação em ambos os grupos, sendo maior no GI ( $M=1.70$ ;  $DP=6.34$ ) comparativamente ao GC ( $M=-0.75$ ;  $DP=4.27$ ) (Tabela 6). Ao nível da evolução dos casos, a magnitude de efeito da intervenção no funcionamento executivo é tida como muito pequena ( $d=0.176$ ;  $r=0.088$ ).

Tabela 6  
**Descritivas e magnitude de efeito para o INECO no GI e GC**

INECO	GI		GC		<i>d</i> de Cohen	Magnitude de Efeito <i>r</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
1ª avaliação	20.10	4.85	13.75	6.18		
2ª avaliação	20.17	4.49	14.50	2.64		
$\Delta$ (2ª-1ª)	1.70	6.34	0.75	4.27	0.176	0.088

No que diz respeito aos TE, foi calculada a média dos resultados para cada um dos termómetros, nas duas avaliações, e ao nível da evolução dos casos entre ambos os grupos (Tabela 7). Registaram-se uma redução no TE Sofrimento Emocional no GI ( $M=-0.83$ ;  $DP=2.14$ ) e aumento no GC ( $M=0.25$ ;  $DP=1.26$ ); uma manutenção da média ao nível do TE Ansiedade no GI ( $M=0.00$ ;  $DP=2.10$ ) e diminuição da mesma no GC ( $M=-0.50$ ;  $DP=3.11$ ); um decréscimo no TE Depressão no GI ( $M=-1.00$ ;  $DP=1.79$ ) e incremento no GC ( $M=0.50$ ;  $DP=2.08$ ); uma descida dos valores no TE Revolta no GI ( $M=-0.50$ ;  $DP=2.17$ ) e manutenção dos mesmos no GC ( $M=0.00$ ;  $DP=1.63$ ); e, por último, uma redução do TE Necessidade de Ajuda no GI ( $M=-0.17$ ;  $DP=1.17$ ) e aumento no mesmo termómetro no GC ( $M=0.25$ ;  $DP=2.06$ ).

Em relação à magnitude de efeito da intervenção na evolução dos grupos ao nível das variáveis avaliadas nos TE, é possível observar que a intervenção possui um efeito médio ao nível do Sofrimento Emocional ( $d=-0.615$ ;  $r=-0.294$ ), um grande efeito na Depressão ( $d=-0.773$ ;  $r=-0.361$ ), um efeito pequeno no que diz respeito à Revolta ( $d=-0.260$ ;  $r=-0.129$ ) e à Necessidade de Ajuda ( $d=-0.251$ ;  $r=-0.124$ ), e, por fim, um efeito muito pequeno na Ansiedade ( $d=0.188$ ;  $r=0.106$ ).

Tabela 7  
 Descritivas e magnitude de efeito para os TE no GI e GC

TE	GI		GC		<i>d</i> de Cohen	Magnitude de Efeito <i>r</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Sofrimento Emocional						
1ª avaliação	7.83	1.72	6.75	2.22		
2ª avaliação	7.00	3.22	7.00	2.45		
$\Delta$ (2ª-1ª)	-0.83	2.14	0.25	1.26	-0.615	-0.294
Ansiedade						
1ª avaliação	5.83	3.49	7.25	2.99		
2ª avaliação	5.83	3.66	6.75	3.30		
$\Delta$ (2ª-1ª)	0.00	2.10	-0.50	3.11	0.188	0.094
Depressão						
1ª avaliação	6.83	3.66	4.75	3.77		
2ª avaliação	5.83	3.31	5.25	3.95		
$\Delta$ (2ª-1ª)	-1.00	1.79	0.50	2.08	-0.773	-0.361
Revolta						
1ª avaliação	6.50	3.83	7.00	2.94		
2ª avaliação	6.00	3.74	7.00	2.16		
$\Delta$ (2ª-1ª)	-0.50	2.17	0.00	1.63	-0.260	-0.129
Necessidade de Ajuda						
1ª avaliação	5.00	2.53	6.00	2.16		
2ª avaliação	4.83	2.93	6.25	1.71		
$\Delta$ (2ª-1ª)	-0.17	1.17	0.25	2.06	-0.251	-0.124

No que concerne ao EROS, foi calculada a média dos resultados obtidos pelo GI e pelo GC em cada uma das subescalas, em ambos os momentos de avaliação, e ao nível da evolução dos casos entre grupos (Tabela 8). Nas subescalas de Melhoria do Afeto, constatou-se um aumento no GI, tanto na Extrínseca ( $M=1.00$ ;  $DP=2.61$ ) como na Intrínseca ( $M=1.67$ ;  $DP=3.44$ ), e uma redução no GC quer na Extrínseca ( $M=-0.50$ ;  $DP=2.61$ ) quer na Intrínseca ( $M=-1.00$ ;  $DP=4.55$ ). Já para as subescalas de Pioria do Afeto, na Extrínseca pode verificar-se um aumento no GI ( $M=0.50$ ;  $DP=1.22$ ) e uma redução no GC ( $M=-1.00$ ;  $DP=1.41$ ), na Intrínseca observam-se decréscimo dos valores médios tanto no GI ( $M=-1.67$ ;  $DP=1.86$ ) como no GC ( $M=-1.25$ ;  $DP=1.26$ ).

Analisando a magnitude de efeito da intervenção na evolução dos grupos ao nível da regulação emocional, constata-se uma magnitude de efeito média na Melhoria Extrínseca

( $d=0.522$ ;  $r=0.253$ ) e na Melhoria Intrínseca ( $d=0.662$ ;  $r=0.314$ ), grande na Pioria Extrínseca ( $d=1.138$ ;  $r=0.494$ ), e pequeno na Pioria Intrínseca ( $d=-0.264$ ;  $r=-0.131$ ).

Tabela 8  
**Descritivas e magnitude de efeito para o EROS no GI e GC**

TE	GI		GC		<i>d</i> de Cohen	Magnitude de Efeito <i>r</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Melhoria Extrínseca						
1ª avaliação	24.17	2.92	21.50	5.00		
2ª avaliação	25.17	2.79	21.00	6.16		
$\Delta (2^a-1^a)$	1.00	2.61	-0.50	3.11	0.522	0.253
Pioria Extrínseca						
1ª avaliação	3.83	2.04	4.00	1.41		
2ª avaliação	4.33	1.63	3.00	0.00		
$\Delta (2^a-1^a)$	0.50	1.22	-1.00	1.41	1.138	0.494
Melhoria Intrínseca						
1ª avaliação	21.50	3.94	18.25	4.50		
2ª avaliação	23.17	2.79	17.25	3.86		
$\Delta (2^a-1^a)$	1.67	3.44	-1.00	4.55	0.662	0.314
Pioria Intrínseca						
1ª avaliação	6.00	2.09	7.00	3.16		
2ª avaliação	4.33	0.82	5.75	2.06		
$\Delta (2^a-1^a)$	-1.67	1.86	-1.25	1.26	-0.264	-0.131

Por último, foi calculada a média dos resultados do GI e do GC para a ELA nas primeira e segunda avaliações e ao nível da evolução dos casos entre ambas (Tabela 9). Pode averiguar-se uma diminuição do luto antecipatório no GI ( $M=-5.17$ ;  $DP=9.02$ ), tal como no GC ( $M=-11.75$ ;  $DP=20.45$ ), sendo que a magnitude de efeito da intervenção na evolução do luto antecipatório de ambos os grupos é classificada como média ( $d=0.426$ ;  $r=0.204$ ).

Tabela 9  
**Descritivas e magnitude de efeito para a ELA no GI e GC**

ELA	GI		GC		<i>d</i> de Cohen	Magnitude de Efeito <i>r</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
1ª avaliação	80.67	11.71	76.25	13.00		
2ª avaliação	75.50	10.31	64.50	26.71		
$\Delta (2^a-1^a)$	-5.17	9.02	-11.75	20.45	0.416	0.204

## Discussão

O principal objetivo deste estudo foi aferir os níveis de ruminação em familiares cuidadores de doentes oncológicos em cuidados paliativos, assim como caracterizar o funcionamento executivo, o luto antecipatório, a regulação emocional, e a sintomatologia emocional destes indivíduos. Os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação mostram o nível de sofrimento experienciado pelos indivíduos incluídos neste estudo, que obtiveram valores elevados no Questionário de Pensamentos Ruminativos, na Escala de Luto Antecipatório e nos Termómetros Emocionais, bem como afetação do funcionamento cognitivo refletida nas pontuações no INECO *Frontal Screening*.

Os resultados obtidos no QPR, que acessa a frequência com que os indivíduos experienciam pensamentos ruminativos, refletem os elevados níveis de ruminações dos mesmos, que são impulsionados a pensar sobre as preocupações inerentes ao bem-estar do paciente, ao sentimento de impotência e à incerteza sobre o futuro. Estes achados vão de encontro a outros estudos (e.g. Galfin, et al., 2010; Galfin & Watkins, 2011), que corroboram os elevados níveis de pensamentos ruminativos presentes em cuidadores de pacientes paliativos, identificando a ruminação como um mecanismo importante na abordagem do sofrimento psíquico em cuidados paliativos.

No que concerne ao funcionamento executivo, a amostra apresentou valores médios no INECO abaixo da média normativa para a população portuguesa, o que se assemelha ao estudo de Mackenzie, Smith, Hasher, Leach e Behl (2007) com familiares cuidadores de pacientes em fim de vida, demonstrando o prejuízo no funcionamento cognitivo nestes indivíduos, devido à influência negativa que o *stress* de que são alvo exerce sobre aspetos da cognição.

No que diz respeito às variáveis emocionais, avaliadas através dos Termómetros Emocionais, foram obtidos valores acima dos pontos de corte relativamente ao sofrimento emocional, à ansiedade, à depressão e à revolta, o que vai de encontro à literatura (Prigerson, et al., 2003; Pereira & Lopes, 2005; Wilson, et al., 2007; McGuire, et al., 2012; Bailão, 2013; Alves, 2013) que descreve este tipo de sintomatologia em familiares cuidadores de pacientes oncológicos. Os resultados elevados ao nível da necessidade de

ajuda podem dever-se ao sentimento de impotência experienciado e relatado por estes indivíduos que, apesar de fazerem tudo o que está ao seu alcance, não é suficiente para salvar os seus entes queridos.

Ao nível da regulação emocional, avaliada através do EROS e suas subescalas, conclui-se que amostra em estudo apresenta boas capacidades no que diz respeito à forma como lidam com os sentimentos e emoções. De salientar, valores mais adaptativos nas subescalas extrínsecas, comparativamente com as subescalas intrínsecas, o que é sugestivo de uma preocupação ativa por parte dos cuidadores, no sentido de melhorar a forma como os pacientes se sentem, o que mais uma vez reflete a descentralização da atenção nas suas necessidades pessoais, em prol das do paciente, tal como é referido por diversos autores (e.g. McGuire, et al., 2012; Bailão, 2013; Alves, 2013).

Os indivíduos revelaram, através das respostas na ELA, elevados níveis de luto antecipatório, o que é comum em familiares de pacientes paliativos, tal como é descrito em vários estudos (e.g. Cheng, Lo, Chan, Kwan, & Woo, 2010; Johansson & Grimby, 2012). Segundo Johansson e Grimby (2012), o luto antecipatório envolve, entre outros fatores, a necessidade de falar, o que é comprovado no presente estudo, tendo em conta que 100% dos indivíduos da amostra referiram conversar com alguém sobre a doença do seu familiar. De realçar que, apesar desta necessidade de ventilação, apenas 30% da amostra beneficiam de acompanhamento psicológico, o que pode dever-se ao fenómeno descrito na literatura, segundo o qual os familiares põem as suas responsabilidades de cuidador à frente das suas responsabilidades pessoais, ignorando as próprias necessidades e angústias (McGuire, et al., 2012; Bailão, 2013; Alves, 2013).

Este estudo objetivou, ainda, analisar a relação existente entre pensamentos ruminativos, funcionamento executivo luto antecipatório e variáveis emocionais.

No estudo correlacional efetuado entre o QPR e o INECO, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas, refutando a hipótese da existência de algum tipo de influência entre funções executivas e pensamentos ruminativos na nossa amostra, o que contraria os resultados descritos por diversos autores (e.g. Davis & Nolen-Hoeksema, 2000;

Watkins & Brown, 2002; Hippel, Vasey, Gonda, & Stern, 2008), que defendem que indivíduos ruminativos apresentar comprometimento ao nível do funcionamento executivo.

Não obstante, podem observar-se correlações significativas, positivas e fortes entre o INECO e as subescalas de melhoria do EROS, indicativas de uma influência positiva da regulação emocional nas funções executivas, bem como a correlação significativa, negativa e moderada entre o INECO e a depressão, o que vai de encontro à influência que estados emocionais negativos tem no funcionamento cognitivo, descrita na literatura (Watkins & Brown, 2002; Mackenzie, et al., 2007).

Nesta investigação, foram encontradas correlações significativas, positivas e fortes entre o QPR e o sofrimento emocional, a depressão e a revolta, revelando uma elevada influência das rumações no sofrimento emocional dos familiares de pacientes paliativos e nos seus sentimentos de depressão e revolta, o que corresponde ao descrito por diversos autores (e.g. Watkins, 2008; Galfin, et al., 2010; Galfin & Watkins, 2011). Segundo os mesmos, os mecanismos ruminativos estão envolvidos no aumento do sofrimento emocional, angústia e sintomatologia depressiva. Tais dados podem também justificar a correlação positiva encontrada entre o QPR e a subescala Pioria Intrínseca do EROS, que indica que quanto maior a frequência de pensamentos ruminativos, maior a pioria deliberada dos próprios sentimentos.

Os resultados revelaram igualmente a existência de uma relação entre o QPR e a ELA, indicando que quanto maior a frequência de pensamentos ruminativos, maior o luto antecipatório por parte dos familiares. Conforme descrito por Johansson e Grimby (2002), o luto antecipatório está envolto em muito *stress* emocional, com intensa preocupação com os doentes, anseio pela forma como eram antes e pensamentos negativos em relação à doença e seu desenvolvimento. Assim, compreende-se a correlação encontrada entre rumações e luto antecipatório.

Não obstante, visou-se ainda estudar a influência da Terapia da Dignidade em pacientes oncológicos em cuidados paliativos nos processos ruminativos, cognitivos, emocionais e de luto nos familiares destes doentes. Neste sentido, analisou-se a magnitude de efeito da intervenção na evolução dos resultados do grupo de intervenção e do grupo de controlo.

Analisando os resultados obtidos por ambos os grupos no QPR, verificou-se um aumento dos pensamentos ruminativos no grupo de intervenção, ou seja, parece haver uma influência da Terapia da Dignidade nas rumações dos familiares dos pacientes que dela foram alvo. Embora a magnitude de efeito da intervenção nos pensamentos ruminativos tenha sido pequena, é interessante refletir sobre este aumento, no sentido em que este documento entregue aos familiares parece afetar os esquemas cognitivos destes indivíduos. Na base deste achado, pode estar o conteúdo emocionalmente forte do documento, como é o exemplo da despedida e a consubstancialização da morte por parte do doente, que por sua vez poderá despoletar um aumento das rumações.

Os valores médios obtidos no INECO por ambos os grupos aumentaram ligeiramente na segunda avaliação comparativamente com a primeira, o que pode dever-se ao facto de o instrumento estar a ser aplicado em reteste. De qualquer forma, a magnitude de efeito da intervenção no funcionamento executivo encontrada classifica-se como muito pequena sendo, por isso, pouco relevante.

Ao nível dos Termómetros Emocionais, pode verificar-se, nos resultados do grupo de intervenção, uma redução nos valores médios de sofrimento emocional, depressão, revolta e necessidade de ajuda, e uma manutenção do valor médio de ansiedade. Contrariamente, no grupo de controlo, observa-se um aumento dos valores de sofrimento emocional, depressão e necessidade de ajuda, uma manutenção do valor da revolta e um decréscimo no valor da ansiedade. Em relação à magnitude de efeito da intervenção na evolução dos grupos ao nível das variáveis avaliadas nos Termómetros Emocionais, é possível observar um efeito médio ao nível do sofrimento emocional, um grande efeito na depressão, e um efeito pequeno no que diz respeito à revolta e à necessidade de ajuda. Parece existir, desta forma, um efeito positivo da Terapia da Dignidade nos processos emocionais dos familiares dos pacientes que dela são alvo. Este efeito, poderá mais uma vez relacionar-se com o documento elaborado, permitindo a exteriorização de sentimentos e emoções por parte do paciente, que podem resolver "pontas soltas", ou responder a questões importantes para o familiar, fomentando a aceitação do prognóstico da doença, e diminuindo, desta forma, o sofrimento, a revolta e sintomatologia negativa. O decréscimo destas variáveis pode, por si só, justificar a diminuição da necessidade de ajuda.

Em relação ao EROS, verificou-se um aumento nos resultados das duas subescalas de Melhoria do Afeto no grupo de intervenção, e uma redução das mesmas no grupo de controlo. Nas subescalas de Pioria do Afeto, na Extrínseca pode verificar-se um aumento no grupo de intervenção e uma redução no grupo de controlo, e na Intrínseca observam-se decréscimo dos valores médios em ambos os grupos. Relativamente à magnitude de efeito da intervenção, existem valores favoráveis ao grupo cujos pacientes receberam a Terapia da Dignidade, nomeadamente uma magnitude de efeito média na Melhoria Extrínseca e na Melhoria Intrínseca, e pequena na Pioria Intrínseca. Este efeito parece ir de encontro aos achados na magnitude de efeito ao nível dos Termómetros Emocionais, no sentido em que a manifestação de sentimentos e a resolução de possíveis questões decorrentes da receção do documento, parecem ter um efeito positivo na regulação emocional dos indivíduos.

Por fim, examinando os resultados obtidos na ELA, verificou-se uma diminuição do luto antecipatório em ambos os grupos, no entanto a magnitude de efeito da intervenção na evolução do luto antecipatório de ambos os grupos é classificada como média, favorecendo o grupo de controlo. Isto pode dever-se, em parte, ao aumento das rumações por parte do grupo de intervenção. Por outro lado, esta diminuição menos considerável do grupo de intervenção pode ser causada pela própria receção do documento elaborado à luz da Terapia da Dignidade, que possivelmente despoleta questões relacionadas com o próprio luto antecipatório em si, ou seja, mais uma vez ligado com a objetivação da finitude, da morte.

Em suma, este estudo indica que pensamentos ruminativos, luto antecipatório, sofrimento emocional, sintomatologia depressiva e ansiosa e revolta são variáveis psicológicas elevadas em cuidados paliativos. Conclui-se que as rumações têm um papel mal adaptativo na adaptação à doença oncológica em familiares cuidadores de pacientes em cuidados paliativos, sendo causadoras de sofrimento emocional e sentimentos negativos. De realçar, também, o papel do luto antecipatório na manutenção e agravamento destes pensamentos ruminativos.

Importa, demais, referir o impacto que a Terapia da Dignidade parece ter nas variáveis em estudo, em familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, revelando um efeito

positivo ao nível dos processos emocionais, nomeadamente da regulação emocional, sofrimento, depressão, revolta, entre outros.

## Conclusões

As principais limitações desta investigação passam pelo tamanho reduzido da amostra, devido à dificuldade do cumprimento dos critérios de inclusão e à elevada taxa de mortalidade e agravamento sintomático dos pacientes incluídos. Futuramente, seria, também, interessante incluir no estudo um grupo de familiares cuidadores de pacientes oncológicos não paliativos e um grupo de indivíduos sem familiares doentes, de forma a comparar os resultados dos diferentes grupos e compreender melhor a influência das variáveis em estudo.

Não obstante, o presente estudo vem reforçar o sofrimento emocional vivenciado pelos familiares cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Cuidar de alguém em fim de vida acarreta interferências na saúde física e mental do cuidador, bem como alterações nas suas responsabilidades, rotinas e papéis que desempenha. Assim, torna-se fulcral o apoio psicológico a estes cuidadores, a fim de atenuar este sofrimento, através da promoção de estratégias de *coping* adequadas, desconstrução dos esquemas cognitivos mal adaptativos e da preparação para a adaptação ao processo de luto que irão vivenciar aquando do falecimento dos seus entes queridos.

## Bibliografia

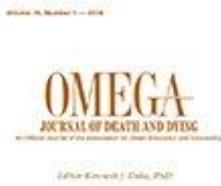
- Alves, D. (2013). *O Impacto da Doença Oncológica na Família*. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia de Braga.
- Bailão, A. (2013). *O cuidador informal em contexto oncológico: Sobrecarga e qualidade de vida familiar*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Caldeira, M., Baeta, E., & Peixoto, B. (2011). Preliminary validation of the Portuguese version of the INECO Frontal Screening. *Journal of Neurology*, p. 258.
- Cheng, J., Lo, R., Chan, F., Kwan, B., & Woo, J. (2010). An exploration of anticipatory grief in advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, pp. 693–700.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge.
- Davis, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research*, pp. 699-711.
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, pp. 225-232.
- Galfin, J., & Watkins, E. (2011). Construal level, rumination, and psychological distress in palliative care. *Psycho-Oncology*, pp. 680-683.
- Galfin, J., Watkins, E., & Harlow, T. (2010). Psychological Distress and Rumination in Palliative Care Patients and Their Caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, pp. 1345-1348.
- Hippel, W., Vasey, M., Gonda, T., & Stern, T. (2008). Executive Function Deficits, Rumination and Late-Onset Depressive Symptoms in Older Adults. *Cognitive Therapy and Research*, pp. 474-487.

- INE. (2016). *Causas de morte*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Johansson, A., & Grimby, A. (2012). Anticipatory Grief Among Close Relatives of Patients in Hospice and Palliative Wards. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, pp. 134-138.
- Leite, M., Oliveira, M., Almeida, V., Rocha, J., Teixeira, R., Remondes-Costa, S., & Gonçalves, G. (2017). *Escala de Luto Antecipatório: Tradução e Versão de Investigação*. Instituto Universitário de Ciências da Saúde.
- Mackenzie, C., Smith, M., Hasher, L., Leach, L., & Behl, P. (2007). Cognitive Functioning under Stress: Evidence from Informal Caregivers of Palliative Patients. *Journal of Palliative Medicine*, pp. 749-758.
- McGuire, D., Grant, M., & Park, J. (2012). Palliative care and end of life: The caregiver. *Nursing Outlook*, pp. 351-356.
- Mitchell, A. (2007). Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorder. *Journal of Clinical Oncology*, pp. 4670-4681.
- Niven, K., Totterdell, P., Stride, C., & Holman, D. (2011). Emotion Regulation of Others and Self (EROS): The development and validation of a new individual difference measure. *Current Psychology*, pp. 53-73.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The Role of Rumination in Depressive Disorders and Mixed Anxiety/Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, pp. 504-511.
- Payne, S., Smith, P., & Dean, S. (1999). Identifying the concerns of informal carers in palliative care. *Palliative Medicine*, pp. 37-44.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.
- Prigerson, H., Cherlin, E., Chen, J., Kasl, S., Hurlzeler, R., & Bradley, E. (2003). The Stressful Caregiving Adult Reactions to Experiences of Dying (SCARED) Scale: A measure for assessing caregiver exposure to distress in terminal care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, pp. 309-319.

- Roth, A., Kornblith, A., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H., & Holland, J. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer*, pp. 1904-1908.
- Sawilowsky, S. (2009). New effect size rules of thumb. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, pp. 467–474.
- Schuler, T., Zaider, T., & Kissane, D. (2012). Family grief therapy: A vital model in oncology, palliative care and bereavement. *Family Matters*, pp. 77-86.
- Teixeira, R., & Pereira, M. (2010). *Termómetros Emocionais - 5 itens (Tradução e Versão de Investigação)*. CIPsi - Universidade do Minho.
- Teixeira, R., & Pereira, M. (2011). *Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Tradução e Versão de Investigação*. CIPsi - Universidade do Minho.
- Teixeira, R., Pereira, A., & Chaves, C. (2013). *Emotion Regulation of Others and Self Scale (EROS; Tradução e Versão de Investigação)*. Departamento de Educação, Universidade de Aveiro.
- Theut, S., Jordan, L., Ross, L., & Deutsch, S. (1991). Caregiver's anticipatory grief in dementia: a pilot study. *The International Journal of Aging and Human Development*, pp. 113-118.
- Watkins, E. (2008). Constructive and Unconstructive Repetitive Thought. *Psychological Bulletin*, pp. 163-206.
- Watkins, E., & Brown, R. (2002). Rumination and executive function in depression: an experimental study. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, pp. 400-402.
- Wilson, K., Chochinov, H., Skirko, M., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P., . . . Clinch, J. (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of Pain and Symptom Management*, pp. 118–129.

ANEXOS

**ANEXO 1** – Normas para a submissão na revista *OMEGA – Journal of Death and Dying*



# OMEGA - Journal of Death and Dying

**2017 Impact Factor:** 0.870

**2017 Ranking:** 94/135 in Psychology, Multidisciplinary | 36/42 in Social Sciences, Biomedical

Source: Journal Citation Reports®, 2018 release, a Clarivate Analytics product; Indexed in PubMed: MEDLINE



---

*OMEGA – Journal of Death and Dying* - Instructions to Authors

## Instructions for Authors

Manuscripts can be submitted in APA style to <https://mc.manuscriptcentral.com/omega>.

Please refer to the latest Publication Manual of the American Psychological Association. A synopsis of this manual is available from the American Psychological Association. <http://apa.org/>

*Originality* Authors should note that only original articles are accepted for publication. Submission of a manuscript represents certification on the part of the author(s) that neither the article submitted, nor a version of it has been published, or is being considered for publication elsewhere.

*Format* Prepare manuscripts according to the latest Publication Manual of the American Psychological Association. A synopsis of this manual is available from the American Psychological Association. <http://apa.org>

*Manuscripts* Manuscript must be word processed, double-spaced, with wide margins. Paginate consecutively starting with the title page, which should be uploaded as a separate file. The organization of the paper should be indicated by appropriate headings and subheadings. Please be sure to remove all self-identifying information from the manuscript file before submitting. Author information should only be included on the title page.

*Style* Technical terms specific to a particular discipline should be defined. Write for clear comprehension by readers from a broad spectrum of scholarly and professional backgrounds. Avoid acronyms and footnoting, except for acknowledgments.

*Permissions* Authors are responsible for all statements made in their manuscript and for obtaining from copyright owners to reprint or adapt a table or figures, or to reprint a quotation of 500 words or more. Authors should write to original author(s) and publisher to request nonexclusive world rights in all languages to use the material in the article and in future editions. Provide copies of all permission and credit lines obtained at the time of manuscript submission.

### **Manuscript Submission Guidelines:**

Manuscript must be word processed using Word or Open Office Writer, double-spaced, with wide margins. Paginate consecutively, starting with the title page.

Title Pages should be uploaded as a separate file and include the follow as is applicable:

- Full article title
- Acknowledgements/credits
- Each author's complete name and institutional affiliation(s)
- Grant numbers and/or funding information
- Corresponding author (name, address, phone/fax, e-mail)
- Up to five keywords as it should appear if it were to be published.

Abstracts of 100 to 150 words are required to introduce each article.

Most articles are between 5000-7500 words and while we accept long pieces that mandates additional evaluation because of space limitations.

Manuscripts should be saved in a Word .doc or .docx file type. The organization of the paper should be indicated by appropriate headings and subheadings.

Please be sure to remove all self-identifying information from the manuscript file before submitting.

When possible, all illustrations, figures, and tables are placed within the text at the appropriate points, rather than at the end. If this is not possible:

Figures should be referenced in text and appear in numerical sequence starting with Figure 1. Line art must be original "drawings" in black ink proportionate to our page size. Indicate top and bottom of figure where confusion may exist. Labeling should be 8 point type. Clearly identify all figures. Large figures should be drawn on separate pages and their placement within the text indicated by inserting:

\*Insert Figure 1 here\*

Tables must be cited in text in numerical sequence starting with Table 1. Each table must have a descriptive title. Any footnotes to tables are indicated by superior lower case letters. Large tables should be typed on separate pages and their approximate placement indicated within text by inserting:

\*Insert Table 1 here\*

**Direct questions to Dr. Kenneth J. Doka**

**E-mail: [KnDok@aol.com](mailto:KnDok@aol.com)**