



# Papel da Regulação Emocional na Doença Oncológica em Fim de Vida e o Medo da Morte

Joana Patrícia Teixeira de Faria

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Gandra, 2 de janeiro de 2019



# Papel da Regulação Emocional na Doença Oncológica em Fim de Vida e o Medo da Morte

Joana Patrícia Teixeira de Faria

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia

Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e  
Tecnologias da Saúde para obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia da Saúde e Neuropsicologia sob orientação Prof. Doutora  
Vera Almeida

Gandra, 2 de janeiro de 2019

## **Declaração de Integridade**

Joana Patrícia Teixeira de Faria, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declara 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 referenciados ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

## Agradecimentos

Aos meus **pais**, por todos os esforços que fizeram para que fosse possível concretizar os meus sonhos e alcançar os meus objetivos, por todo o apoio e força que sempre me deram, durante toda a minha vida, principalmente nos momentos mais complicados, nos quais continuar parecia quase impossível. Por todo o amor e confiança que sempre depositaram em mim ao longo da vida e por sempre me impulsionarem a ser melhor a cada dia. Depois de tudo o que já passámos, as palavras não chegam para agradecer todas as lutas, preocupações e todos os valores que vocês me foram inculcando ao longo da vida, não chegam para agradecer tudo o que fizeram, fazem e continuarão a fazer por mim. Sou o que sou hoje graças a vocês.

À minha **família**, por acreditarem sempre em mim, por terem sempre uma palavra de conforto e de força para dar e por me animarem quando mais preciso.

À **Professora Doutora Vera Almeida**, por toda a atenção disponibilizada, por todo o acompanhamento e apoio, por toda a sua disponibilidade durante todo este percurso. Pelo rigor, experiência e motivação que foi inculcando desde o início até ao presente dia.

À **Doutora Gerly Macedo**, pela sua ajuda e disponibilidade, e a todos os profissionais de saúde da **Equipa dos Cuidados Paliativos** do Hospital da Senhora da Oliveira, por toda a disponibilidade e conhecimentos partilhados.

A todos os **professores**, por todo o conhecimento transmitido ao longo de toda a formação e por toda a sua contribuição.

À **Diana**, por ser a minha companheira ao longo de todo o percurso académico, por estar sempre do meu lado quando mais precisei, por me apoiar quando tudo parecia correr mal, por cada palavra amiga e de conforto, por me fazer sempre rir, fosse qual fosse a circunstância, por cada tarde passada a trabalhar em conjunto e por cada noite partilhada, por toda a sua ajuda, partilha, pelo seu companheirismo e por nunca me deixar vacilar ou desistir. Por tudo isso e muito mais, agradeço por ser a irmã que nunca tive.

Ao **Hugo**, por todo o apoio, toda a compreensão e paciência que teve ao longo deste percurso, por toda a força, pela confiança, por nunca duvidar de mim e nunca me deixar desistir, por ser o melhor ouvinte que podia pedir e ter sempre a palavra certa para me dizer

e tranquilizar, por me acalmar e me fazer sentir segura sempre, independentemente do que aconteça, por ter conseguido que um ano tão complicado fosse um dos melhores da minha vida, por todo o carinho, amor, felicidade, orgulho e respeito que me faz sentir, e, principalmente, por ser a pessoa que é.

À **Rita**, pela amizade que nos une, por ter sempre disponibilidade e tempo para ouvir e dar a sua opinião em relação a tudo, por todas as brincadeiras, conversas e sorrisos partilhados, por todo o apoio e por estar sempre presente diariamente na minha vida. Agradeço por me teres ajudado a crescer e a ser quem sou hoje.

À **Lídia**, por ser a minha confidente, por estar sempre do meu lado, por nunca duvidar de mim, por me animar e alegrar sempre que estava mais em baixo, por me acompanhar nos momentos mais importantes, por ser a minha melhor amiga há uma década e nada ter mudado, apesar da vida não permitir estarmos juntas tanto como gostaríamos, por cada riso, cada choro, cada conversa, cada brincadeira e cada momento partilhado, por ser a melhor amiga que pode existir.

À **Gabriela**, por ter acompanhado o meu percurso académico, por sempre me apoiar e estar disponível para o necessário, por todas as vezes que me fez ouvir a razão, por ser uma das amigas mais queridas que todo este percurso proporcionou.

Aos meus **amigos** mais chegados, por me acompanharem nas minhas conquistas, pela alegria contagiante, por todos os momentos partilhados, por serem uma presença constante na minha vida.

**A todos, o meu mais profundo e sincero agradecimento.**

## Índice Geral

Resumo.....	10
Abstract.....	11
Artigo para Submissão em Revista "Papel da Regulação Emocional na Doença Oncológica em Fim de Vida e a sua relação com o Medo da Morte" .....	12
Bibliografia .....	39
Anexos .....	43

## Índice de Anexos

Anexo 1 – Normas para Admissão na revista Bereavment Care .....	44
Anexo 2 – Abstract para submissão a congresso .....	58
Anexo 3 – Protocolo de Investigação .....	59

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> – Correlações entre as subescalas da Escala de Regulação Emocional e os Termómetros Emocionais .....	25
<b>Tabela 2</b> – Correlações entre as subescalas da Escala do Medo da Morte e o Tempo de Diagnóstico .....	26
<b>Tabela 3</b> – Correlações entre os Termómetros Emocionais e o Tempo de Diagnóstico .....	27
<b>Tabela 4</b> – Correlações entre as subescalas da Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu e as subescalas da Escala de Medo Morte .....	29
<b>Tabela 5</b> – Correlações entre as subescalas da Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu e as subescalas da Escala de Medo Morte .....	31
<b>Tabela 6</b> – Correlações entre as subescalas da Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu do paciente e as subescalas da Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu dos familiares .....	34



## Índice de Figuras

Figura 1 – Fluxograma dos casos incluídos no estudo .....	20
---	----

## Resumo

Durante a vida de um indivíduo, são várias as experiências que podem influenciar e alterar, positiva ou negativamente, o seu percurso, exacerbando as suas emoções e exigindo respostas emocionais adaptativas e coerentes. Uma dessas experiências é o diagnóstico de doença oncológica, visto ser uma doença que provoca alterações a diferentes níveis. Além disso, os indivíduos passam por um período de adaptação a esta nova realidade, adaptação esta que será influenciada pelas suas estratégias de regulação emocional. Estas estratégias são essenciais no modo como é compreendido o diagnóstico, prognóstico e tratamentos associados à doença oncológica, bem como, quando em fim de vida, a sua relação com a presença de uma morte iminente, refletindo-se no medo da morte de cada um. Neste sentido, é pertinente o estudo nesta área de investigação, com o objetivo de conhecer e compreender a importância da regulação emocional na adaptação à doença oncológica, em fim de vida, e a sua influência nas respostas de medo da morte.

O interesse neste estudo surge no âmbito de um projeto de investigação, já em curso, no Iinfects (Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde) sobre "Avaliação da eficácia da intervenção terapêutica baseada no Modelo da Dignidade em doentes em fim de vida e no processo de luto dos seus familiares". A amostra foi recolhida na Consulta Externa de Cuidados Paliativos do Hospital da Senhora da Oliveira, em Guimarães.

A dissertação consiste num manuscrito para submissão à revista "Bereavment Care" como o título "Papel da Regulação Emocional na Doença Oncológica em Fim de Vida e o Medo da Morte" e tem como objetivo principal compreender de que forma a regulação emocional adequada influencia a adaptação à doença oncológica e a sua resposta ao medo da morte.

Os resultados permitiram verificar que a níveis de regulação emocional normativa, correspondem respostas ao medo da morte reduzidas, além disso, foi possível conferir que a regulação emocional e o tempo de diagnóstico se influenciam mutuamente, persuadindo assim a adaptação à doença oncológica.

## Abstract

During an individual's lifetime, there are a number of experiences that can influence and alter, positively or negatively, his course, exacerbating the emotions and requiring adaptive and coherent emotional responses. One of these experiences is the diagnosis of oncological disease, since it is a disease that causes changes at different levels. In addition, individuals go through a period of adaptation to this new reality, an adaptation that will be influenced by their strategies of emotional regulation. These strategies are essential in the way the diagnosis, prognosis and treatments associated with oncological disease are understood, as well as, when at the end of life, their relation to the presence of an imminent death, reflected in the fear of the death of each one. In this sense, it is pertinent the study in this area of research, with the objective of knowing and understanding the importance of emotional regulation in the adaptation to the oncological disease, at the end of life, and its influence in the fear of death responses.

The interest in this study is part of a research project at the Iinfects (Institute for Research and Advanced Training in Health Sciences and Technologies) on "Evaluation of the efficacy of therapeutic intervention based on the Dignity Model in terminally ill patients and in the process of mourning of their relatives ". The sample was collected at the external consultation Palliative Care at the Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães.

The dissertation consists of a manuscript for submission to the journal "Bereavment Care" as the title "Role of Emotional Regulation in Oncologic Disease in End of Life and the Fear of Death" and its main objective is to understand how appropriate emotional regulation influences adaptation to cancer disease and its response to the fear of death.

The results allowed to verify that levels of normative emotional regulation correspond to reduced responses to fear of death. In addition, it was possible to verify that emotional regulation and diagnostic time influence each other, thus persuading adaptation to oncologic disease.

**Artigo para Submissão em Revista "Papel da Regulação Emocional na Doença Oncológica em Fim de Vida e o Medo da Morte"**

# Papel da Regulação Emocional na Doença Oncológica em Fim de Vida e o Medo da Morte

Joana Faria; Vera Almeida; Gerly Macedo; José Carlos Rocha; Manuela Leite

**Resumo:** Várias pesquisas mostram que a regulação emocional influencia múltiplas áreas da vida das pessoas, demonstrando os efeitos da regulação emocional na saúde, pois afeta a forma como o sujeito lida e aceita o diagnóstico, prognóstico e tratamentos associados à doença oncológica. Quando um sujeito está perante um diagnóstico de doença oncológica incurável, encontra-se numa situação de morte iminente, o que irá influenciar a reação de medo da morte. Este estudo teve como principal objetivo entender de que forma a regulação emocional é importante e interfere com a aceitação da doença oncológica e com a reação associada ao medo da morte. Pacientes adultos preencheram um conjunto de instrumentos: um questionário sociodemográfico, a escala regulação emocional, nomeadamente a Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu (EROS), Termómetros Emocionais e Escala do Medo da Morte. Os resultados sugerem que níveis de regulação emocional normativa, estão correlacionados com respostas ao medo da morte reduzidas, os mesmo acontece quando existem valores inferiores em subescalas como Ansiedade, Depressão e Sofrimento Emocional. Além disso, foi possível conferir que a regulação emocional e o tempo de diagnóstico se influenciam mutuamente, persuadindo assim a adaptação à doença oncológica.

**Palavras-chave:** regulação emocional, doença oncológica, fim de vida, medo da morte.

**Abstract:** Several researches show that emotional regulation influences multiple areas of people's lives, demonstrating the effects of emotional regulation on health, this affects how the subject handles and accepts the diagnosis, prognosis, and treatments associated with oncologic disease. When a subject is facing a diagnosis of incurable cancer disease, he is in a state of impending death, which will influence the reaction of fear of death. This study aimed to understand how emotional regulation is important and interferes with the acceptance of oncologic disease and with the reaction associated with the fear of death. Adult patients completed a set of instruments: a sociodemographic questionnaire, the emotional regulation scale, Emotion Regulation of Others and Self (EROS), Emotion Thermometers tool and Collett-Lester Fear of Death-Scale, Revised Version. The results suggest that levels of normative emotional regulation are correlated with reduced responses to fear of death, as are lower values in subscales such as Anxiety, Depression and Distress. In addition, it was possible to verify that the emotional regulation and the time of diagnosis influence each other, thus persuading the adaptation to the oncological disease.

**Keywords:** emotional regulation, oncological disease, end of life, fear of death.

## Revisão Teórica

A doença oncológica, comparativamente com as restantes doenças crónicas, apresenta uma taxa de incidência, morbilidade e mortalidade elevada em todo o mundo, no entanto, apresenta maior incidência nos países industrializados (Gomes, 2011).

Apesar dos avanços da Medicina ao longo dos anos e apesar do aumento da taxa de sobrevivência em sujeitos diagnosticados com cancro, a população mundial continua a confrontar-se com aquela que é considerada uma doença irreversível, de longa duração, que provoca incapacidade em diferentes estados, desafiando assim a adaptação a novos estilos de vida, bem como, a manutenção de um acompanhamento regular pelas diferentes equipas de saúde (Paulo, 2006).

É considerada a segunda causa de morte no Mundo Ocidental e pode diagnosticar-se em praticamente todos os órgãos (Gomes, 2011).

Segundo Pereira de Silva e Sudigursky (2008), os doentes que não apresentam possibilidade de cura, seja na fase terminal da doença ou durante o seu percurso, apresentam fragilidades a diferentes níveis, nomeadamente, limitações físicas, psicológicas, sociais e espirituais (Pinto, 2012). Foi a partir deste pressuposto que, em 1990, a OMS projetou a primeira definição de cuidados paliativos, com o objetivo de promover uma resposta adequada às necessidades específicas dos pacientes e dos seus familiares/cuidadores (Pinto, 2012). De acordo com a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006) os cuidados paliativos encaram a vida e a morte como processos naturais, não querendo provocar a morte ou atrasá-la através de tratamentos inúteis. Apresentam como objetivo principal o bem-estar do doente e a sua qualidade de vida, defendem uma abordagem holística do doente fornecendo uma equipa interdisciplinar, na qual está sempre incluída a família, validam as necessidades dos doentes independentemente do prognóstico e do diagnóstico, bem como as necessidades dos familiares e cuidadores, prolongando os cuidados no período do luto e, finalmente, defendem a prestação rigorosa dos cuidados de saúde (APCP, 2006, cit in Pinto, 2012).

Após serem diagnosticados com cancro, os pacientes têm que lidar com uma ampla variedade de emoções, verifica-se atualmente que a forma como os pacientes regulam essas emoções tem grande influência no seu funcionamento psicológico e na sua adaptação

à doença oncológica (Brandão, Schulz, Gross, & Matos, 2012). Torna-se então importante entender melhor como os pacientes diagnosticados com cancro regulam as suas emoções. Segundo Gross (1998), a regulação emocional refere-se ao processo através do qual os indivíduos compreendem que emoções experienciam, quando e como as experienciam e expressam. Este processo pode ser automático ou controlado e pode ocorrer de uma forma consciente ou inconsciente (Pinto, 2012). Segundo Gratz & Roemer (2004), além da conhecimento, percepção e aceitação das emoções, o processo de regulação emocional envolve a capacidade para controlar comportamentos impulsivos, aptidão de orientar os comportamentos para os objetivos quando perante uma experiência de emoções desagradáveis e flexibilidade na utilização das diferentes estratégias de regulação emocional disponíveis, de modo a adaptar a estratégia a usar ao contexto específico, tendo em conta os objetivos individuais, os seus custos e benefícios.

O objetivo da regulação emocional consiste na modulação das experiências emocionais e não apenas na sua minimização. Além disso, é importante considerar que, para se conseguir e manter uma adaptação da regulação emocional, é necessário obter a capacidade de iniciar e manter estados emocionais, tanto positivos como negativos, em simultâneo, para que seja possível evitar os altos níveis de negatividade (Pinto, 2012).

No entanto, quando as estratégias de regulação emocional não se adaptam às diferentes alterações ambientais, surgem certas dificuldades que promovem a desregulação emocional. Essas dificuldades impedem a adaptação do indivíduo, pois originam um padrão regulatório que conduz a um impacto negativo nos diversos sistemas comportamentais, o que impede a manutenção de objetivos pessoais, a interação com o ambiente, influenciando a manutenção da integridade e bem-estar emocional de cada um (Brandão, Schulz, Gross, & Matos, 2012).

Assim sendo, a regulação emocional mantém e influencia, com grande impacto, múltiplas áreas da vida das pessoas. Várias investigações revelam os efeitos da regulação emocional na saúde, a relação entre a regulação emocional adequada e desadequada e quais os efeitos provocados na saúde física dos sujeitos. Relativamente à saúde física, existem várias evidências do impacto que a desregulação emocional provoca em doenças como a hipertensão, doenças coronárias, no agravamento de sintomas inferiores e na progressão do cancro (Pinto, 2012).



Gross, em 2002, apresentou duas estratégias de regulação emocional: a reavaliação e a supressão, apresentando juntamente as diferenças provocadas na saúde física e psicológica. Enquanto a supressão consegue reduzir os comportamentos de manifestação emocional positivos e negativos, apresenta também efeitos secundários a nível da cognição e da emoção, além disso, esta encontra-se associada à hipertensão e às doenças coronárias, assim como à inibição de certas respostas imunes. Já a reavaliação não apresenta estes efeitos negativos no que diz respeito à cognição e à emoção, além disso, reduz a experiência e a expressão de emoções desadaptativas, aumentando a experiência e expressão de emoções adaptativas e adequadas, o que provoca consequências positivas na saúde, tanto psicológica como, conseqüentemente, física (Pinto, 2012). Algumas estratégias são implementadas ao nível cognitivo, através de pensamentos, enquanto outras são-no através de mudanças comportamentais, fazendo coisas diferentes, embora a maior parte das estratégias envolvam uma combinação das duas (Parkinson & Totterdel, 1999).

Essas estratégias são essenciais no modo como um sujeito lida e aceita o diagnóstico, prognóstico e tratamentos associados à doença oncológica, bem como, quando em fim de vida, a sua relação com a presença de uma morte iminente, podendo refletir-se no medo da morte de cada um de nós.

Assim, a morte pode ser considerada inevitável, quando ocorre devido ao envelhecimento de um indivíduo, ou evitável, quando está associada a acidentes ou doenças, ou seja, quando não é uma morte programada pela nossa genética (Santos, 2010). No entanto, a morte é considerada como necessária, tanto do ponto de vista biológico, como do ponto de vista psicológico, sendo necessário compreender que se trata de um fenómeno natural (Santos, 2010). Contudo, e apesar da aceitação cultural, social e pessoal do fenómeno que é a morte, a verdade é que ainda existem certas interdições para discutir este assunto com pessoas que estão perante uma morte iminente, principalmente por parte das famílias. No entanto, as próprias pessoas que se encontram em fim de vida sentem algum receio em mencionar e tocar nesse assunto, o que nos leva ao denominado medo da morte (Santos, 2010).

Assim, o medo da morte não pode ser considerado um constructo unitário, nem ser considerado como igualitário à ansiedade relacionada com a morte, pois, o medo relacionado com a morte é considerado mais específico e mais consciente,

comparativamente com a ansiedade. Além disso, é considerado um constructo multidimensional pois inclui diferentes questões relacionadas com a morte, o próprio morrer, os sentimentos de luto dos familiares, bem como o morrer das pessoas queridas, assim sendo, a morte é temida por várias e diferentes razões, por um lado encontra-se o medo de não experienciar momentos e situações importantes, o medo do sofrimento dos outros, o medo da dor e do sofrimento associados a uma morte lenta, por outro encontra-se o medo de perder aqueles que são mais importantes, o medo das saudades e de não saber a capacidade de lidar com esta situação (Santos, 2010).

Desta forma, é possível relacionar o medo da morte com situações que colocam a integridade e a vida de um sujeito em risco, sendo considerada como uma reação normativa a estas situações. Normalmente, o medo da morte está associado a situações de doença prolongada, como é o caso dos pacientes acompanhados em cuidados paliativos, ou associada à idade avançada e envelhecimento, contudo, estas não são as únicas situações, esta reação pode ser provocada por todo o tipo de situações de risco, consideradas inesperadas, como é o caso dos acidentes (Santos, 2010).

Assim, quando um paciente se encontra em fim de vida, existem várias vertentes com as quais é necessário lidar, nomeadamente a doença, os tratamentos, a proximidade da morte e o luto dos familiares, sem que estejam adequadamente preparados e suficientemente equipados para enfrentar esses acontecimentos. Estas contingências acarretam um custo psicológico acrescido ao desgaste e ao sofrimento já de si inerentes à vivência deste tipo de situações. Geralmente, os pacientes confrontam-se com o próprio sofrimento, dor e medo da morte, como também com a angústia e preocupação da dor da morte na família. Assim, neste contexto, assume-se fundamental uma capacidade de regulação emocional adaptativa, para reduzir, manter ou aumentar as suas emoções (Gross, 2001).

## **Metodologia**

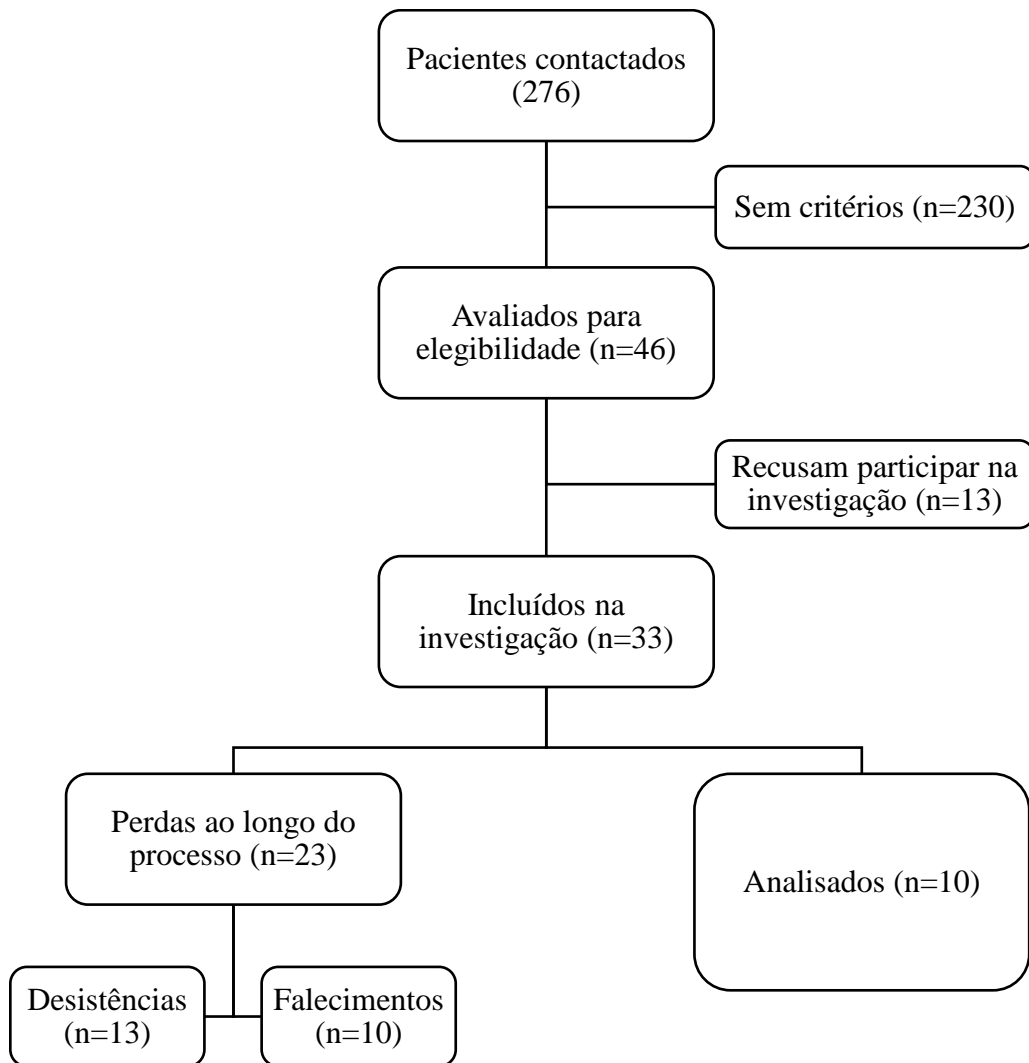
### *Amostra*

A população alvo é constituída por doentes oncológicos selecionados na Consulta Externa de Cuidados Paliativos do Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães.

A amostra é constituída por 10 pacientes oncológicos, em cuidados paliativos, com idades compreendidas entre os 42 e os 79 ( $M=62$ ,  $DP=1,37$ ). É constituída por 4 sujeitos do género feminino (40%) e 6 sujeitos do género masculino (60%). Existe uma maior prevalência de pacientes casados (90%) comparativamente a pacientes separados ou divorciados (10%). Relativamente à profissão, 8 dos pacientes encontram-se reformados (80%) e 2 encontram-se de baixa (20%).

É, no entanto, relevante referir que foram contactados 276 pacientes, sendo que apenas foram incluídos 33 na investigação por aceitarem e reunirem condições para participar no processo de avaliação. Os restantes foram excluídos devido a:

- (1) não preencherem os critérios de inclusão do projeto de investigação;
- (2) recusaram participar na investigação;
- (3) evolução da doença, com agudização do estado de saúde do paciente, e consequente desistência do processo;
- (4) falecimento do doente antes do término do processo de avaliação.



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

### *Procedimento*

O projeto de investigação em estudo foi objeto de análise e aprovação por parte da Comissão de Ética do Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães, tendo sido aprovado.

De seguida, realizou-se a identificação dos sujeitos elegíveis para participação no estudo, tendo em conta os seguintes critérios de inclusão:

- (1) insight sobre diagnóstico;

- (2) insight sobre prognóstico;
- (3) saber ler e escrever e compreensão da sua situação atual;
- (4) não ter acompanhamento psicológico prévio;
- (5) não possuir nenhum défice cognitivo e/ou psicopatologia que compromettesse a capacidade de resposta;
- (6) pacientes com ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)  $\leq 3$ .

O cumprimento destes critérios era verificado através do processo clínico dos pacientes (SClínico) e da informação recolhida durante a observação das consultas e junto da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte aos Cuidados Paliativos.

Após verificação do cumprimento dos critérios de inclusão, procedia-se ao contacto com o paciente, onde eram explicados os objetivos da investigação e preenchido o Consentimento Informado, que tinha como finalidade dar a conhecer aos participantes a investigação e as suas características, bem como garantir a sua confidencialidade e a dos dados recolhidos.

Posteriormente, era administrado o protocolo de investigação constituído pelos seguintes:

- (1) Questionário Sociodemográfico;
- (2) Termómetros Emocionais;
- (3) Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu;
- (4) Escala da Dignidade;
- (5) Escala do Medo da Morte.

O Questionário Sociodemográfico tinha como objetivo a recolha de informação do paciente, nomeadamente a data de nascimento, género, estado civil, ECOG, profissão, atividades de lazer, diagnóstico e tempo de diagnóstico, e início do acompanhamento nos Cuidados Paliativos. Além disso, contempla questões relacionadas com o suporte familiar/social.

Em 1998, o "American Distress Thermometer" (DT) foi desenvolvido e validado para avaliar o sofrimento emocional no cancro (Roth, et al., 1998). Em 2007, Alex Mitchell desenvolveu e validou uma nova extensão de vários domínios e adaptação do DT chamado "Emotion Thermometers tool" (Mitchell, 2007). Os Termómetros Emocionais são compostos por cinco

escalas visuais-analógicas e tem quatro domínios: Sofrimento emocional ( $\alpha=0.887$ ), Ansiedade ( $\alpha=0.887$ ), Depressão ( $\alpha=0.879$ ), Revolta ( $\alpha=0.898$ ), sendo ainda constituído por um domínio não emocional: Necessidade de ajuda ( $\alpha=0.894$ ). Cada domínio é classificado numa escala de Likert de 11 pontos (0 a 10). Para esta escala existem dois métodos de cotação, o método A, caracterizado pelo uso fixo de pontos de corte de 0-3 (baixa) e 4-10 (alta) em qualquer termómetro e o método B, que utiliza pontos de corte individuais específicos para cada termómetro (3v4 para sofrimento emocional; 4v5 para depressão; 5v6 para ansiedade; 3v4 para revolta; 3v4 para necessidade de ajuda). Neste estudo, a versão utilizada foi a versão de investigação de Pereira & Teixeira (Universidade do Minho, 2009).

A escala Emotion Regulation of Others and Self (EROS) foi criada em 2011, por Niven e seus colaboradores (Niven, Totterdell, Stride, & Holman, 2011). A Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu é constituída por 19 itens e duas subescalas: a subescala intrínseca, composta por 9 itens e a subescala extrínseca que é composta por 10 itens. Cada item é 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". Esta escala apresenta uma estrutura de quatro fatores: melhoria extrínseca do afeto, pioria extrínseca do afeto, melhoria intrínseca do afeto e pioria intrínseca do afeto. A cotação de cada fator é obtida através da média dos itens que o compõem.

A instrução fornecida aos indivíduos é o preenchimento da escala de acordo com a frequência em que utilizou as estratégias de forma a influenciar a forma como alguém se sentia, na versão original é pedido que pensem nas últimas 4 semanas (Niven et al., 2011), já na versão portuguesa de investigação de Teixeira, Pereira, & Chaves (2013), é pedido para se debruçarem nas últimas 2 semanas, sendo esta a versão utilizada neste estudo.

A Escala do Medo da Morte (CL-FODS, Lester), foi desenvolvida em 1969. O autor tinha como objetivo eliminar todos os itens relacionados com funerais e cemitérios, além disso, pretendia distinguir entre o próprio sujeito e os outros relacionando com o medo da morte e do morrer, obtendo assim quatro subescalas (Lester, 1990):

- (1) Medo da própria morte, que refere o receio da própria morte que implica o fim da sua existência;

- (2) Medo do próprio morrer, relacionado com o percurso que leva à morte, percurso este de sofrimento associado à doença prolongada e a uma morte lenta;
- (3) Medo da morte do outro, levanta a hipótese de morte das pessoas que são queridas ao sujeito que preenche a escala;
- (4) Medo do morrer dos outros, esta subescala coloca a possibilidade de existência de doença, dor, sofrimento e morte lenta de uma pessoa querida.

A escala original era constituída por 36 itens, no entanto, apresentava algumas lacunas, assim, em 1990, Lester efetuou uma revisão da mesma, da qual resultou a *Collet-Lester Fear of Death; Revised Version* (Lester, 1990), esta versão mantém a divisão em 4 subescalas, com 8 itens cada uma, contudo, altera o tipo de resposta sendo agora uma escala de Likert que varia de 1 a 5. Esta nova versão é constituída por 32 itens.

A versão portuguesa apresenta 32 itens, divididos em 4 subescalas, sendo que cada uma apresenta 8 itens, com 5 hipóteses de resposta, que variam de 1 (nada) a 5 (muito), assim como a versão original. Os resultados são obtidos através da média das respostas, tanto para a escala total, como para cada subescala. Resultados mais elevados indicam maior medo da morte ou do processo de morrer. Esta escala foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Santos e Almeida, em 2010.

## **Resultados**

A análise dos instrumentos administrados teve como objetivo obter o desempenho dos participantes nesses instrumentos, incidindo principalmente na Escala de Regulação dos Outros e do Eu.

### *Regulação Emocional*

Na Regulação Emocional, na primeira avaliação e na dimensão Extrínseca, foram obtidos os seguintes resultados: Melhoria Extrínseca a média é igual a 20.60 ( $DP=4.99$ ) e para a Pioria Extrínseca a média é de 3.20 ( $DP=0.42$ ). Relativamente à dimensão Intrínseca, na primeira avaliação, os resultados obtidos foram os seguintes: Melhoria Intrínseca a média é igual a 22.10 ( $DP=4.56$ ) e para a Pioria Intrínseca a média é de 4.60 ( $DP=1.35$ ).

No que diz respeito à Regulação Emocional na segunda avaliação, na dimensão Extrínseca, os resultados obtidos foram os seguintes: Melhoria Extrínseca a média é de 18.20 ( $DP=6.58$ )

e para a Pioria Extrínseca a média é igual a 3.20 ( $DP=0.42$ ). Relativamente à dimensão Intrínseca, foram obtidos os seguintes resultados: Melhoria Intrínseca a média é igual a 21.70 ( $DP=3.59$ ) e para a Pioria Intrínseca a média é de 4.80 ( $DP=1.14$ ).

Ao comparar os resultados obtidos nas duas avaliações, pode-se concluir que há uma redução dos valores apresentados pelos pacientes, quer na dimensão Extrínseca, quer na dimensão Intrínseca (Melhoria e Pioria), contudo não é considerada estatisticamente significativa. Comparativamente com a população portuguesa e tendo em conta os valores máximos que é possível obter, nomeadamente 30 na Melhoria Extrínseca e Intrínseca, 15 na Pioria Extrínseca e 20 na Pioria Intrínseca, considera-se que os valores obtidos se encontram elevados a nível da Melhoria Extrínseca e Intrínseca e reduzidos tanto a nível da Pioria Extrínseca como Intrínseca.



*Regulação Emocional e Termômetros Emocionais*

**Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu**

Termômetros Emocionais	Melhoria	Pioria	Melhoria	Pioria	Melhoria	Pioria	Melhoria	Pioria
	Extrínseca	Extrínseca	Intrínseca	Intrínseca	Extrínseca	Extrínseca	Intrínseca	Intrínseca
	1ª Avaliação	1ª Avaliação	1ª Avaliação	1ª Avaliação	1ª Avaliação	1ª Avaliação	1ª Avaliação	1ª Avaliação
<b>Sofrimento Emocional</b>	0,876**	0,133	0,311	0,154	0,431	0,044	0,618	0,154
<b>1ª Avaliação</b>								
<b>Ansiedade</b>	-0,258	0,000	0,222	-0,502	-0,341	0,395	-0,542	-0,342
<b>1ª Avaliação</b>								
<b>Depressão</b>	-0,566	-0,180	0,009	-0,215	-0,540	0,721*	-0,268	-0,507
<b>1ª Avaliação</b>								
<b>Revolta</b>	-0,485	-0,093	0,026	0,194	-0,585	0,186	-0,036	-0,037
<b>1ª Avaliação</b>								
<b>Necessidade de Ajuda</b>	-0,200	0,045	0,006	-0,111	-0,347	0,269	-0,226	-0,303
<b>1ª Avaliação</b>								
<b>Sofrimento Emocional</b>	-0,234	0,326	-0,117	-0,093	-0,394	-0,093	-0,535	-0,077
<b>2ª Avaliação</b>								
<b>Ansiedade</b>	-0,057	0,502	0,182	0,154	0,039	0,091	-0,153	0,047
<b>2ª Avaliação</b>								
<b>Depressão</b>	-0,046	0,350	0,236	-0,004	-0,204	0,350	-0,181	-0,228
<b>2ª Avaliação</b>								
<b>Revolta</b>	-0,522	0,134	0,088	-0,089	-0,454	0,090	-0,279	-0,116
<b>2ª Avaliação</b>								
<b>Necessidade de Ajuda</b>	-0,322	0,094	0,178	-0,281	-0,511	0,471	-0,389	-0,230
<b>2ª Avaliação</b>								

**Tabela 1.** Correlações do Tipo Spearman entre as subescalas da Escala de Regulação Emocional e os Termômetros Emocionais (\*\* $p < 0.01$ ; \* $p < 0.05$ ).

Quando realizada a análise estatística em relação à Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu com os Termómetros Emocionais, obteve-se uma correlação positiva forte estatisticamente significativa entre as variáveis “Sofrimento Emocional – 1ª Avaliação” e a “Melhoria Extrínseca – 1ª Avaliação” (0,876), o que significa que quando existe um melhor conhecimento em relação à melhoria extrínseca, existe um aumento do sofrimento emocional do paciente.

Além disso, existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a “Depressão – 1ª Avaliação” e “Pioria Extrínseca – 2ª Avaliação” (0,721), significando que um aumento da compreensão da pioria extrínseca da parte do paciente resulta num aumento dos sintomas relacionados com a depressão.

#### *Regulação Emocional e Tempo de Diagnóstico*

##### **Escala da Regulação Emocional dos Outros e do Eu – Subescalas**

Melhoria Extrínseca – 1ª Avaliação	0,006
Pioria Extrínseca – 1ª Avaliação	-0,534
Melhoria Intrínseca – 1ª Avaliação	0,109
Pioria Intrínseca – 1ª Avaliação	0,084
Melhoria Extrínseca – 2ª Avaliação	-0,194
Pioria Extrínseca – 2ª Avaliação	0,267
Melhoria Intrínseca – 2ª Avaliação	0,536
Pioria Intrínseca – 2ª Avaliação	0,053

**Tabela 2.** Correlações do Tipo Spearman entre as subescalas da Escala do Medo da Morte e o Tempo de Diagnóstico (\*\* $p < 0.01$ ; \* $p < 0.05$ ).

Relativamente à Regulação Emocional e Tempo de Diagnóstico, não existem correlações estatisticamente significativas, no entanto, ao analisar os valores obtidos, é possível verificar, que as respostas emocionais dos pacientes apresentam valores normativos com o decorrer do tempo após o diagnóstico, ou seja, quando a avaliação é concretizada no período de tempo mais próximo do diagnóstico, serão obtidos valores de regulação

emocional inferiores, comparativamente à concretização da avaliação após algum tempo do diagnóstico.

*Termómetros e Tempo de Diagnóstico*

Termómetros Emocionais	Tempo de Diagnóstico
Sufrimento Emocional – 1ª Avaliação	0,350
Ansiedade – 1ª Avaliação	-0,484
Depressão – 1ª Avaliação	0,016
Revolta – 1ª Avaliação	-0,086
Necessidade de Ajuda – 1ª Avaliação	-0,089
Sufrimento Emocional – 2ª Avaliação	-0,544
Ansiedade – 2ª Avaliação	-0,779**
Depressão – 2ª Avaliação	-0,664*
Revolta – 2ª Avaliação	-0,344
Necessidade de Ajuda – 2ª Avaliação	-0,275

**Tabela 3.** Correlações do Tipo Spearman entre os Termómetros Emocionais e o Tempo de Diagnóstico (\*\* $p < 0.01$ ; \* $p < 0.05$ ).

No que diz respeito à análise estatística relativa ao Tempo de Diagnóstico com os Termómetros Emocionais, é possível verificar-se que, com o decorrer do tempo após o diagnóstico, os valores obtidos vão-se aproximando dos valores considerados normativos. Além disso, é possível verificar-se a existência de uma correlação negativa forte estatisticamente significativa entre o Tempo de Diagnóstico e o Termómetro Emocional Ansiedade – 2ª Avaliação (-0,779), o que expressa que quanto mais tempo passa após o diagnóstico, menores são os níveis de ansiedade demonstrados pelos pacientes. É ainda possível verificar-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o Tempo de Diagnóstico e o Termómetro Emocional Depressão – 2ª Avaliação (-0,664), o que indica que, com o passar do tempo após o diagnóstico, os níveis de depressão percebidos e demonstrados pelos pacientes são menores.

É possível verificar-se, tendo por base estes valores, que as respostas emocionais dos pacientes tendem a regularizar e a adaptar-se com o decorrer do tempo após o diagnóstico. Quanto maior o tempo, maior a regulação das respostas emocionais.

*Regulação Emocional e Escala de Medo da Morte*  
**Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu**

<b>Escala de Medo da Morte</b>	Melhoria Extrínseca 1ª Avaliação	Pioria Extrínseca 1ª Avaliação	Melhoria Intrínseca 1ª Avaliação	Pioria Intrínseca 1ª Avaliação	Melhoria Extrínseca 2ª Avaliação	Pioria Extrínseca 2ª Avaliação	Melhoria Intrínseca 2ª Avaliação	Pioria Intrínseca 2ª Avaliação
<b>Medo da própria morte 1ª Avaliação</b>	-0,681*	-0,539	-0,019	-0,254	-0,589	0,135	-0,208	-0,159
<b>Medo do próprio morrer 1ª Avaliação</b>	-0,422	-0,044	0,098	-0,422	-0,265	0,613	-0,337	-0,569
<b>Medo da morte dos outros 1ª Avaliação</b>	-0,248	-0,044	0,130	-0,093	-0,113	0,399	-0,028	-0,297
<b>Medo do morrer dos outros 1ª Avaliação</b>	0,116	0,000	0,402	-0,339	0,228	0,657*	0,034	-0,341
<b>Medo da própria morte 2ª Avaliação</b>	-0,627	-0,219	0,028	-0,492	-0,154	0,350	-0,534	-0,200
<b>Medo do próprio morrer 2ª Avaliação</b>	-0,262	0,349	0,119	0,200	0,025	0,218	-0,101	0,100
<b>Medo da morte dos outros 2ª Avaliação</b>	-0,055	0,088	0,111	-0,053	-0,155	0,529	-0,222	-0,271
<b>Medo do morrer dos outros 2ª Avaliação</b>	-0,176	-0,522	0,195	-0,701*	-0,374	0,435	0,512	-0,391

**Tabela 4.** Correlações do Tipo Spearman entre as subescalas da Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu e as subescalas da Escala de Medo Morte (\*\* $p < 0.01$ ; \* $p < 0.05$ ).

Ao correlacionar a Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu com a Escala de Medo da Morte, surgiram duas correlações negativas estatisticamente significativas, entre as variáveis "Medo da própria morte – 1ª Avaliação" e "Melhoria Extrínseca – 1ª Avaliação" (-0,681\*), ou seja, quando o paciente se encontra perante uma melhoria extrínseca, o seu receio de morrer encontra-se diminuído. Por último, surgiu uma correlação negativa estatisticamente significativa entre "Medo do morrer dos outros – 2ª Avaliação" e "Pioria Intrínseca – 1ª Avaliação" (-0,701\*), isto significa que quando existe uma pioria intrínseca no paciente, a preocupação com o morrer dos outros tende a diminuir. Pode-se verificar a existência de uma correlação positiva estatisticamente significativa entre as variáveis "Medo do morrer dos outros – 1ª Avaliação" e "Pioria Extrínseca – 2ª Avaliação" (0,657), isto é, quando o paciente está perante uma pioria extrínseca, a sua preocupação com o sofrimento dos outros, associado a uma morte com dor ou sofrimento, atinge níveis mais elevados.

*Termômetros Emocionais e Escala de Medo da Morte*

**Escala de Medo da Morte**  
**Subescalas**

<b>Termômetros Emocionais</b>	Medo da própria morte 1ª Avaliação	Medo do próprio morrer 1ª Avaliação	Medo da morte dos outros 1ª Avaliação	Medo do morrer dos outros 1ª Avaliação	Medo da própria morte 2ª Avaliação	Medo do próprio morrer 2ª Avaliação	Medo da morte dos outros 2ª Avaliação	Medo do morrer dos outros 2ª Avaliação
<b>Sofrimento Emocional</b> 1ª Avaliação	-0,513	-0,401	-0,365	-0,043	-0,770**	-0,588	-0,231	-0,167
<b>Ansiedade</b> 1ª Avaliação	0,104	0,662*	0,495	0,449	0,449	0,374	0,570	0,697*
<b>Depressão</b> 1ª Avaliação	0,120	0,852**	0,633*	0,546	0,694*	0,485	0,572	0,314
<b>Revolta</b> 1ª Avaliação	0,723*	-0,104	-0,188	-0,339	0,007	0,234	0,230	0,305
<b>Necessidade de Ajuda</b> 1ª Avaliação	-0,209	0,627	0,759*	0,398	0,310	0,338	0,297	0,168
<b>Sofrimento Emocional</b> 2ª Avaliação	0,077	0,170	-0,178	-0,294	-0,042	0,085	0,282	0,318
<b>Ansiedade</b> 2ª Avaliação	0,046	0,112	0,068	0,182	0,169	0,669*	0,637*	0,242
<b>Depressão</b> 2ª Avaliação	0,082	0,310	0,112	0,258	0,083	0,462	0,691*	0,488
<b>Revolta</b> 2ª Avaliação	0,685*	0,238	-0,054	-0,213	0,129	0,138	0,032	0,280
<b>Necessidade de Ajuda</b> 2ª Avaliação	0,223	0,475	0,013	0,053	0,211	0,171	0,498	0,531

**Tabela 5.** Correlações do Tipo Spearman entre as subescalas da Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu e as subescalas da Escala de Medo Morte (\*\* $p < 0.01$ ; \* $p < 0.05$ ).

Verificou-se a existência de uma correlação negativa forte estatisticamente significativa entre as variáveis "Sofrimento Emocional – 1ª Avaliação" e "Medo da própria morte – 2ª Avaliação" (-0,770), o que significa que quando aumenta o sofrimento emocional do paciente, menor é a sua preocupação com a própria morte.

No que diz respeito às correlações positivas estatisticamente significativas, verificou-se a sua existência entre as variáveis "Ansiedade – 1ª Avaliação" com o "Medo do próprio morrer – 1ª Avaliação" (0,662) e com o "Medo do morrer dos outros – 2ª Avaliação" (0,697), ou seja, com o aumento dos sentimentos de ansiedade presentes no paciente, o medo do próprio morrer e do morrer dos outros encontram-se também exacerbados.

Entre as variáveis "Depressão – 1ª Avaliação" e "Medo do próprio morrer – 1ª Avaliação" (0,852) verificou-se a existência de correlação positiva forte estatisticamente significativa, exprimindo que, quanto maior a sensação de tristeza e depressão, maior será o medo relacionado ao sofrimento associado a uma morte lenta, sentido pelo doente. Além desta, existe ainda uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a variável "Depressão – 1ª Avaliação" com o "Medo da morte dos outros – 1ª Avaliação" (0,633) e o "Medo da própria morte – 2ª Avaliação" (0,694), ou seja, quando um paciente demonstra um aumento de sentimentos como tristeza, preocupação, relacionados com depressão, demonstra também um aumento com a preocupação associada à morte dos outros e à sua própria morte, estando relacionado com o medo da perda em si.

Existe correlação positiva estatisticamente significativa entre a "Revolta – 1ª Avaliação" e o "Medo do próprio morrer – 1ª Avaliação" (0,723), ou seja, após o diagnóstico de doença oncológica incurável, o paciente apresenta um aumento dos sentimentos de revolta, que pode estar associado a dor não controlada, isto apresenta-se relacionado com o aumento do medo do próprio morrer, que se encontra associado ao processo de morrer e não à própria morte.

Entre as variáveis "Necessidade de Ajuda – 1ª Avaliação" e o "Medo da morte dos outros – 1ª Avaliação" (0,759) existe uma correlação positiva estatisticamente significativa, isto porque, com o aumento da necessidade de ajuda percebida pelo paciente, aumenta a necessidade da presença dos outros, o que provoca um aumento no medo da ausência e da perda das pessoas das quais precisa nesse momento.



Existem correlações positivas estatisticamente significativas entre as variáveis "Ansiedade – 2ª Avaliação" e as variáveis "Medo do próprio morrer – 2ª Avaliação" (0,669) e "Medo da morte dos outros – 2ª Avaliação" (0,637), ou seja, quando um paciente está perante valores mais elevados de ansiedade, a sua preocupação com o processo associado à sua morte e o medo de perder os seus familiares, encontra-se também aumentado.

Entre a variável "Depressão – 2ª Avaliação" e a variável "Medo da morte dos outros – 2ª Avaliação" (0,691) existe uma correlação positiva estatisticamente significativa, isto porque, o aumento dos valores de depressão estão associados a um aumento do medo da morte dos outros, revelando que, com o passar do tempo, os pacientes demonstram maior preocupação e maior medo em perder os seus familiares em comparação com a sua própria morte.

Por último, existe uma correlação positiva estatisticamente positiva entre as variáveis "Revolta – 2ª Avaliação" e o "Medo da própria morte – 1ª Avaliação" (0,685), demonstrando que quando aumentam os sentimentos de revolta na segunda avaliação, estes já não se encontram associados ao medo do próprio morrer ou da morte dos outros, mas sim ao medo da própria morte, pois os pacientes demonstram compreensão relacionada com a aproximação da sua própria morte e à sua falta de controlo relativamente a esse fenómeno.

*Regulação Emocional pacientes e Regulação Emocional Familiares*

**Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu (EROS) - Paciente**

EROS	Melhoria	Pioria	Melhoria	Pioria	Melhoria	Pioria	Melhoria	Pioria
Familiares	Extrínseca	Extrínseca	Intrínseca	Intrínseca	Extrínseca	Extrínseca	Intrínseca	Intrínseca
	1ª Avaliação	1ª Avaliação	1ª Avaliação	1ª Avaliação	2ª Avaliação	2ª Avaliação	2ª Avaliação	2ª Avaliação
Melhoria	-0,064	0,091	0,091	0,326	-0,013	0,364	0,150	-0,380
Extrínseca								
1ª Avaliação								
Pioria	0,097	0,321	0,713*	-0,319	0,309	0,214	0,068	0,287
Extrínseca								
1ª Avaliação								
Melhoria	-0,015	0,044	0,000	-0,140	-0,087	0,351	0,009	-0,463
Intrínseca								
1ª Avaliação								
Pioria	-0,489	-0,133	-0,304	-0,062	-0,406	-0,133	-0,503	-0,202
Intrínseca								
1ª Avaliação								
Melhoria	-0,312	0,394	-0,092	0,131	0,037	-0,044	-0,089	-0,159
Extrínseca								
2ª Avaliação								
Pioria	0,158	0,807**	-0,090	0,642*	0,159	-0,323	0,260	0,229
Extrínseca								
2ª Avaliação								
Melhoria	-0,248	0,307	-0,262	0,354	-0,068	-0,264	-0,003	-0,028
Intrínseca								
2ª Avaliação								
Pioria	-0,247	0,107	0,068	-0,319	0,008	0,214	-0,488	-0,270
Intrínseca								
2ª Avaliação								

**Tabela 6.** Correlações do Tipo Spearman entre as subescalas da Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu do paciente e as subescalas da Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu dos familiares (\*\* $p < 0.01$ ; \* $p < 0.05$ ).

Relativamente às correlações realizadas entre a Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu, entre familiares e doentes, existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a “Pioria Extrínseca – 2ª Avaliação” dos familiares e a “Pioria Intrínseca – 1ª Avaliação” (0,642) dos pacientes. Isto é, quando os pacientes demonstram valores mais elevados de sofrimento interno, seja ele físico ou psicológico, aumentam também os sintomas de preocupação e de necessidade de ajudar os pacientes, aumentando assim a pioria extrínseca dos familiares.

Além disso, verificou-se a existência de uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a variável “Pioria Extrínseca – 1ª Avaliação” dos familiares e a “Melhoria Intrínseca – 1ª Avaliação” (0,713) dos pacientes, o que significa que quando ocorre um aumento da melhoria intrínseca nos pacientes, ocorre também um aumento da pioria extrínseca dos familiares, o que estará relacionado com a preocupação existente relacionada com o estado de saúde dos pacientes.

Existe uma correlação positiva forte estatisticamente significativa entre a variável “Pioria Extrínseca – 2ª Avaliação” dos familiares e a “Pioria Extrínseca – 1ª Avaliação” (0,807) dos pacientes, ou seja, quando o paciente se encontra com uma pioria extrínseca, exacerbada pelos sintomas e pelo sofrimento causado pela condição de saúde, também aumentam os sintomas de preocupação dos familiares, aumentando assim a pioria extrínseca nos familiares.

### **Discussão dos Resultados**

De acordo com a literatura, os doentes diagnosticados com cancro estão perante uma situação que não os influencia apenas a nível físico e individual. Quando ocorre um diagnóstico de uma doença com esta gravidade, o paciente sofre alterações a todos os níveis, incluindo a nível emocional e familiar (Brandão, Schulz, Gross, & Matos, 2012).

Diferentes investigações demonstraram que o modo como os pacientes diagnosticados com cancro regulam as suas emoções vai influenciar o seu funcionamento psicológico, a sua adaptação à doença oncológica e, quando em fim de vida, uma redução da perceção de medo da morte e uma melhor aceitação da sua condição. Além disso, quando estamos perante uma regulação emocional adaptativa, o paciente apresenta uma relação positiva

com o seu sofrimento, medo da sua morte e dos outros, preocupação com o bem-estar dos seus familiares e apresenta ainda uma melhoria na relação familiar (Pinto, 2012).

Vários estudos comprovam que pacientes com cancro acabam por viver reações psicológicas adversas, geralmente depressão e ansiedade, além disso, comprovaram que valores mais elevados de depressão e ansiedade podem contribuir na progressão da doença e piorar os resultados dos tratamentos (Fernandes, 2009).

Diferentes autores provaram que a natureza do cancro, a existência de valores elevados de ansiedade e depressão e a existência de respostas emocionais inadequadas, isto é, reduzida capacidade de regulação emocional, estão significativamente correlacionadas com a perceção dos pacientes relativamente à sua qualidade de vida, adaptação à doença, relações familiares e sociais e à sua capacidade para aceitar a morte associada a doença prolongada (Nikmanesh, Mahmoud, & Foroz, 2017).

Além das diferentes alterações que a doença oncológica provoca nos indivíduos, é importante referir que, para os seus familiares, o diagnóstico é percebido como um acontecimento dramático que produz impactos e alterações significativas individuais e familiares. Nomeadamente, no familiar cuidador principal, este assume a responsabilidade pela organização, assistência, e prestação de cuidados, e torna-se o elemento mais vulnerável às exigências práticas e emocionais da doença. Além destas responsabilidades, o familiar mantém os vários papéis familiares e sociais anteriores ao diagnóstico, pelo que se torna evidente a maior sobrecarga que lhe está associada, o que se reflete, significativamente, em níveis elevados de ansiedade, depressão, e na restrição das atividades sociais e ocupacionais (Redondo, 2009). As investigações existentes acerca deste tema comprovam que as dificuldades sentidas pelos cuidadores, a nível individual, estão relacionadas e são significativamente exacerbadas pelas dificuldades demonstradas pelos pacientes oncológicos, o que demonstra que o sofrimento emocional, ansiedade, depressão, dores fortes, dificuldades nas atividades de vida diária e a necessidade de ajuda dos pacientes afetam em grande medida o sofrimento, ansiedade, depressão e revolta dos familiares (Pérez-Sánchez, Rascón-Gasca, & Villafaña-Tello, 2014).

Além disto, diferentes investigações referem a importância do período de adaptação pelo qual os pacientes e os seus familiares passam. Quando o paciente se depara com um diagnóstico de doença oncológica, sentimentos como tristeza, revolta, apatia e angústia

são exacerbados, provocando grande sofrimento emocional ao paciente, o que leva a que este não demonstre capacidade para lidar com as variáveis associados com esta doença e com o encurtamento da vida, recusando assim abordar estes assuntos. Com o decorrer do tempo, o paciente adapta-se à sua condição e acaba por aceitar esta nova situação, normalizando os sentimentos associados ao diagnóstico, isto ocorre quando o paciente demonstra capacidade de regulação emocional normativa e adequada (Soares, Moura, Carvalho, & Baptista, 2000).

Desta forma, é possível verificar-se que os resultados obtidos vão de encontro com a literatura. Verificou-se que os pacientes apresentaram valores mais elevados nas subescalas Melhoria Extrínseca e Intrínseca na Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu, comparativamente com as subescalas de Pioria Extrínseca e Intrínseca. Além disso, estes valores estavam correlacionados negativamente com a Escala de Medo da Morte, isto é, quando os pacientes apresentam regulação emocional adaptativa, apresentam também respostas consideradas normativas na Escala de Medo da Morte, revelando uma redução nos valores de medo da morte.

Com a análise dos Termómetros Emocionais, é possível verificar que, quando o paciente se encontra com valores mais elevados de Sofrimento Emocional, Ansiedade, Depressão e Revolta, apresenta valores correlacionados positivamente na Escala de Medo da Morte e nas Subescalas de Pioria Extrínseca e Intrínseca. Comparando os diferentes construtos avaliados pelos Termómetros Emocionais, os pacientes apresentam valores mais elevados nos construtos Ansiedade e Depressão, sendo estes superiores na primeira avaliação.

Correlacionando a Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu dos pacientes com os familiares, foi possível verificar que quando o mal-estar dos pacientes, bem como a sua dor e o seu sofrimento aumenta, também o sofrimento dos familiares aumentava, estando relacionado com a preocupação e revolta demonstrada pelos familiares e cuidadores.

É no entanto importante referir que, todos os resultados obtidos nas subescalas de Pioria Extrínseca e Intrínseca, Sofrimento Emocional, Ansiedade, Depressão e Revolta foram mais elevados na primeira avaliação, comparativamente com a segunda avaliação, o que demonstra a importância do Tempo de Diagnóstico, isto é, aquando o diagnóstico, os pacientes demonstram-se mais apáticos, depressivos, revoltados e desadaptados à sua nova condição, após algum tempo, os pacientes adaptam-se e apresentam valores mais

elevados nas subescalas Melhoria Extrínseca e Intrínseca e valores mais reduzidos nas subescalas de Pioria Extrínseca e Intrínseca, Sofrimento Emocional, Ansiedade, Depressão e Revolta, demonstrando ainda uma melhor adaptação à necessidade de ajuda. Além dos resultados dos pacientes, também os resultados obtidos pelos familiares demonstram uma redução quando comparadas as duas avaliações, isto porque, além de estarem correlacionados positivamente com os resultados dos pacientes, também se correlacionam com o tempo de diagnóstico, o que vai de encontro com a literatura, que refere que a doença oncológica não afeta apenas o indivíduo, mas também a sua família mais próxima, isto porque, aquando do diagnóstico, também os familiares necessitam de um período de adaptação para se ajustar a esta nova realidade.

## Bibliografia

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). *Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*. Obtido de APCP: <https://www.apcp.com.pt/>

Ávila, M., Brandão, T., Teixeira, J., Coimbra, J., & Matos, P. (2015). Attachment, emotion regulation, and adaptation to breast cancer: assessment of a mediational hypothesis.

Brandão, T., Schulz, M. S., Gross, J. J., & Matos, P. M. (2012). The Emotion Regulation Questionnaire in Women with Cancer: A Psychometric Evaluation and an Item Response Theory Analysis .

Cohen, M. (2013). The Association of Cancer Patients' Emotional Suppression and Their Self-Rating of Psychological Distress on Short Screening Tools.

Conley, C., Bishop, B., & Andersen, B. (2016). Emotions and Emotion Regulation in Breast Cancer Survivorship.

Fernandes, S. M. (2009). Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro na Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos.

Firoozi, M., Besharat, M., & Pournaghash, T. (2011). Cognitive Emotion Regulation in Children with Acute Lymphoblastic Leukemia.

Gomes, J. C. (2011). Inteligência Emocional, Qualidade de Vida e seus Correlatos em Doentes Oncológicos em Quimioterapia.

Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review.

Gross, J. J. (2001). *Emotion Regulation in Adulthood: Timing Is Everything*.

- Hamama-Raz, Y., Pat-Horenczyk, R., Perry, S., Ziv, Y., Bar-Levav, R., & Stemmer, S. (2016). The Effectiveness of Group Intervention on Enhancing Cognitive Emotion Regulation Strategies in Breast Cancer Patients: A 2-Year Follow-up.
- Landeiro, E., Baptista, A., & Baptista, A. (2001). Abordagem da Doença Oncológica: Estudo de Variáveis Psicológicas.
- Lester, D. (1990). The Collett-Lester fear of death scale: the original and a revision.
- Linden, W., MacKenzie, R., Rnic, K., Marshall, C., & Vodermaier, A. (2014). Emotional adjustment over 1 year post-diagnosis in patients with cancer: understanding and predicting adjustment trajectories.
- Mitchell. (2007). Pooled Results From 38 Analyses of the Accuracy of Distress Thermometer and Other Ultra-Short Methods of Detecting Cancer-Related Mood Disorders.
- Nikmanesh, Z., Mahmoud, S., & Foroz, F. (2017). Examining the Predictive Role of Emotional Self-Regulation in Quality of Life and Perception of Suffering among Patients with Breast Cancer .
- 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.
- Palacio, C., Krikorian, A., & Limonero, J. (2017). The influence of psychological factors on the burden of caregivers of patients with advanced cancer: Resiliency and caregiver burden.
- Paredes, Pereira, Simões, & Canavarro. (2012). A longitudinal study on emotional adjustment of sarcoma patients: the determinant role of demographic, clinical and coping variables.
- Paredes, T., Canavarro, M. C., & Simões, M. R. (2010). Anxiety and Depression in sarcoma patients: Emotional adjustment and its determinants in the different phases of disease.
- Parkinson, B., & Totterdel, P. (1999). Classifying Affect-regulation Strategies.



- Paulo, J. M. (2006). *As Vivências da Dor e do Sofrimento na Pessoa com Doença Oncológica em Tratamento Paliativo*.
- Pérez-Sánchez, I. N., Rascón-Gasca, M. L., & Villafaña-Tello, J. S. (2014). Coping and emotional discomfort in primary caregivers of cancer patients.
- Pinto, A. M. (2012). *Processos Emocionais, Suporte Social e Psicopatologia nos Doentes em Tratamento Paliativo*.
- Postolica, R., Iorga, M., Petrariu, F., & Azoicai, D. (2017). Cognitive-Behavioral Coping, Illness Perception, and Family Adaptability in Oncological Patients with a Family History of Cancer.
- Redondo, P. A. (2009). *A ANSIEDADE EM FAMILIARES CUIDADORES DE DOENTES ONCOLÓGICOS: PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COGNITIVA-COMPORTAMENTAL*.
- Roth, A., Kornblith, A., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H., & Holland, J. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma.
- Santos, I. B. (2010). *Medo da Morte - Um Estudo Empírico na População Idosa*.
- Schroevers, M., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2008). How do cancer patients manage unattainable personal goals and regulate their emotions?
- Silva, E. P., & Sudigursky, D. (2008). *Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica*.
- Soares, M. A., Moura, M. d., Carvalho, M., & Baptista, A. (2000). *AJUSTAMENTO EMOCIONAL, AFECTIVIDADE E ESTRATÉGIAS DE COPING NA DOENÇA DO FORO ONCOLÓGICO*.
- Teques, A., Carrera, G., Ribeiro, J., Teques, P., & Ramón, G. (2016). The importance of emotional intelligence and meaning in life in psycho-oncology.
- Vega, B. R., Pérez, C., PalaoTarrero, A., & Liria, A. (2014). Mindfulness-based Narrative Therapy for Depression in Cancer Patients .

Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J., & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients.

Xu Peh, C., Liu, J., Bishop, G., Yu Chan, H., Chua, S., Kua, E., & Mahendran, R. (2016). Emotion Regulation and Emotional Distress: The Mediating Role of Hope on Reappraisal and Anxiety/Depression in Newly Diagnosed Cancer Patients .

Xu Peh, C., Kua, E., & Mahendran, R. (2015). Hope, emotion regulation, and psychosocial well-being in patients newly diagnosed with cancer.

# Anexos

# Anexo 1 – Normas para Admissão na revista Bereavment Care

## Manuscript preparation

### 1. General guidelines

[↑Back to top.](#)

- Most of our readers will have completed some form of counselling training and read a basic text on bereavement. Consequently, some understanding of the topic can be assumed, although we try to avoid the use of jargon in order to make the material accessible to readers from a variety of disciplines. Articles should be consistent with the aims and scope of the journal.
- Manuscripts are accepted in English. Any consistent spelling and punctuation styles may be used. Please use single quotation marks, except where 'a quotation is "within" a quotation'. Long quotations of 40 words or more should be indented without quotation marks.
- A typical manuscript will not exceed 5000 words including tables, captions, footnotes and endnotes. Manuscripts that greatly exceed this will be critically reviewed with respect to length. Authors should include a word count with their manuscript.
- Manuscripts should be compiled in the following order: title page; abstract; keywords; main text; acknowledgements; references; appendices (as appropriate); table(s) with caption(s) (on individual pages); figure caption(s) (as a list).
- Abstracts of 150 words are required for all manuscripts submitted.
- Each manuscript should have 4 to 6 keywords.
- Search engine optimization (SEO) is a means of making your article more visible to anyone who might be looking for it. Please consult our guidance [here](#).
- Section headings should be concise.
- All authors of a manuscript should include their full names and affiliations on the cover page of the manuscript. One author should be identified as the corresponding author. Please give the affiliation where the research was conducted. If any of the named co-authors moves affiliation during the peer review process, the new affiliation can be given as a footnote. Please note that no changes to affiliation can be made after the manuscript is accepted. Please note that the email address of the corresponding author will normally be displayed in the article PDF (depending on the journal style) and the online article.

- All persons who have a reasonable claim to authorship must be named in the manuscript as co-authors; the corresponding author must be authorized by all co-authors to act as an agent on their behalf in all matters pertaining to publication of the manuscript, and the order of names should be agreed by all authors.
- Biographical notes on contributors are not required for this journal.
- Please supply all details required by any funding and grant-awarding bodies as an Acknowledgement on the title page of the manuscript, in a separate paragraph, as follows:
  - *For single agency grants:* "This work was supported by the [Funding Agency] under Grant [number xxxx]."
  - *For multiple agency grants:* "This work was supported by the [Funding Agency 1] under Grant [number xxxx]; [Funding Agency 2] under Grant [number xxxx]; and [Funding Agency 3] under Grant [number xxxx]."
- Authors must also incorporate a [Disclosure Statement](#) which will acknowledge any financial interest or benefit they have arising from the direct applications of their research.
- For all manuscripts non-discriminatory language is mandatory. Sexist or racist terms must not be used.
- Authors must adhere to [SI units](#). Units are not italicised.
- When using a word which is or is asserted to be a proprietary term or trade mark, authors must use the symbol ® or TM.

## 2. Style guidelines

- Description of the Journal's article style.

		Updated: 5/7/13
Taylor & Francis Style	Own Style	Notes
Journal title and acronym	<i>Bereavement Care</i> , RBER	
Trim size	UK A4	
Catchline		Journal does not use this element.
Footline	© 2013 Cruse Bereavement Care DOI: xxxxxx	bottom of page 1, ranged left, DOI appears on first page of an article only, copyright on every page
Running heads (verso)	<b>SHORT ARTICLE TITLE</b> or <b>SECTION HEADER</b> on the first page of an article [ranged left] BereavementCare [ranged right]	
Running heads (recto)	<b>Volume VV</b> No N [ranged left] <b>SHORT ARTICLE TITLE</b> or <b>SECTION HEADER</b> on the first page of an article [ranged right]	Maximum number of words
Logo	None	
Article type (when needed)	Varies by type	Article Types: Articles; Spotlight on Practice; Bereavement in the Arts; Abstracts; Book Reviews
Title	<b>Bold, sentence case, ranged left:</b> <b>subtitle starts new line, smaller text</b>	
Authors, first names/initials	Authors are arranged with their photos, names, affiliations and email addresses below the title/subtitle.  Names in bold. Affiliations are optional accreditations, job title, optional department, university. Email address is required for all authors.	Bereavement in the Arts, Abstracts and Book Reviews use fewer elements. Only name and email are <i>required</i> but use whatever other elements you get.
Affiliation (elements required)		
Correspondence details		

Author footnote		Journal does not use this element.
Received dates (Y/N), format		Journal does not use this element.
Abstract (Y/N), format, language	[called out in a box along with keywords] <b>Abstract:</b> Text text text. [left-justified]	Only 'articles' use an abstract.
Keywords	[called out in a box along with abstracts] <b>Keywords:</b> word, word, another word. [sentence case, separated by commas, end with full stop]	Only 'articles' use keywords.
Citations in abstract	Not allowed	
Section Headings	(A) Bold, Title Case, Space Above and Below (B) Bold, sentence case, space above and below	
Paragraphs	Indented	
Tables	Cited as Table 1 Caption: Table 1: This is a table [no full point] Appearance, centred on page, text columns left-aligned, others centred	
Figures	Cited as Figure 1 Caption: Figure 1: This is a caption [no full point] Appearance, centred on page	
Displayed text	Indented on left, different font.	

Numbered lists	(1) for numbered lists	
Bulleled lists	Yes – use square yellow bullet	
In-text lists	(i) first point; (ii) second point; and (iii) third point	
Equations	Cited as Equation 1 Centred $A + b + c + d = x^2$ (1)	
Acknowledgements	To go at end of article, before Notes	
Endnotes	At end of text, before Notes on contributor 1. This is a note. 2. This is another note Indicator in text. <sup>1</sup> [number appears after punctuation]	
Footnotes	To be changed in all cases to Endnotes (Notes) Indicator in text.1 [number appears after punctuation]	
Notes on contributors	Notes appear in bold and italic after the end of the article.	Journal only uses this element sometimes.
Appendix	If you have one appendix, label it Appendix; if more than one, use capital letters, e.g. Appendix A, Appendix B, etc. Each appendix must have a title. refer to each appendix in the text, e.g. (see Appendixes A and B for complete proofs) If the appendix contains tables and figures, number these as Table A1 etc.	
Spelling preferences	Follow author	
T&F Standards	This journal uses T&F number/in-text style/non-English words/capitalization/music/law/geology/taxonomic/preferred spellings/maths and science standards	
Punctuation	Serial comma not to be used. Single quotes, double within; unspaced ellipses, but spaced each side, ie she said ... hoping that; closed initials; italics for emphasis, not bold	
Dashes	Use spaced en rules for parenthetical dashes Use en rule between spans of numbers (e.g. 20–40), including page numbers in references When formatting page numbers in references, use elision. (i.e. 251–8 instead of 251—258)	



Numbers and units	<p>1000, 10,000 10s and 20s Units: All references to physical measurements should be expressed in metric units.</p> <p>Figures: Use figures to express all numbers 10 and above, and all numbers below 10 that are grouped for comparison with numbers 10 and above in the same paragraph, e.g. 3 of 21 analyses Use figures to express numbers that immediately precede a unit of measurement, numbers that represent statistical or mathematical functions, fractions, percentages, ratios, percentiles. Use figures to express numbers that represent time, dates, ages, specific numbers of subjects or participants in an experiment. Use figures to express numbers that denote a specific place in a numbered series Use figures to express all numbers in the abstract of a paper.</p> <p>Words: Use words to express numbers below 10 that do not represent precise measurements and that are grouped for comparison with numbers below 10. Use words to express the numbers zero and one when the words would be easier to comprehend than the figures. Use words to express any number that begins a sentence, title, or text heading. Use words to express common fractions, e.g. one fifth of the class or a two-thirds majority</p>	
Dates	For dates in text: 1 August 2000 in the nineteenth century, nineteenth-century life 1970s	
Common acronyms (do not raise an author query for these)		
Contents page	<p>Contents [as title] [two columns] [Page numbers in bold, ranged left, aligned with the top of each entry. The rest of the entry appears as if on a hanging indent.]</p> <p>Article title in sentence case <i>Author Name and Another Author</i></p> <p>[a section at the bottom of the page describes the cover image]</p>	

Editorial	<p>Editorial [as title]  <b>Author Name</b> [in bold]</p> <p>Text text text.</p> <p>[never more than 1 page]</p>	
Bereavement in the Arts	No abstract, no keywords, starts with a logo in the top-left corner.	
Abstracts	<p>Abstracts [as title]  Author details</p> <p>Each abstract starts with the article title (sentence case), follows with a citation in bold, then a few paragraphs of text.</p>	
Book reviews	<p>Book Reviews [as title]</p> <p>Each review features a picture of the book's cover, next to the book title as an (A) heading, the author/s beneath that, and the publication details below that:</p> <p>Location: Publisher  Year  Page range  Price  ISBN: xxxxxx</p> <p>Each review opens with a three-line drop capital.</p> <p>Each review ends with the name of the reviewer and a brief affiliation: department and university (or something similar).</p> <p>References (if any) come after the reviewer.</p>	Pages are yellow.
Volume contents and index		
Erratum		
<b>REFERENCES</b>		
Reference Style	<b>Own Style</b>	

In text citations	Numbered system N	
	Author-date system Y	Insert the citation numbers at the relevant place in the text. As a general rule, reference numbers should be placed outside full stops and commas and inside colons and semicolons (but see exceptions below).
In-text citation format	For 1 or 2 authors: Author 1 and Author 2 (Date) OR (Author 1 and Author 2 Date) For 3 or more authors (use of et al.): (Author 1 <i>et al.</i> Date)	
Reference ordering in in-text citations	None	
Reference ordering in list	Alphabetical, then chronological	
Form of author name in reference list	Author AB, Author CD, Author EF	Include all names up to seven. If there are more than seven authors, list the first six with an ellipsis before the last. Author, M., Author, B., Author, E., Author, G., Author, D., Author, R., ... Author, P. (2001).
	<b>Elements to be included and format</b>	Follow author for use of sentence or title case in titles.

Book	Author AA (YYYY). <i>Book title</i> . Publisher: Location.	
Book chapter	Author AA (YYYY). Chapter title in E. Editor (ed[s]) <i>Book title</i> . Publisher: Location page range.	
Journal article	Author AA (YYYY). Article title. <i>Journal title</i> VV page range.	
Dissertation, thesis	Author AA (YYYY). <i>Thesis title</i> . PhD thesis, University.	
Conference paper		
Proceedings		
Poster		
Online		
Unpublished work		
Report		
Patent		
Map		
Audio and visual media		

CD-ROM or DVD		
Database		
Bibliographic database		
Computer program		
Encyclopedia		
Act		
Act		
Agreement		
Convention		

Manuscript collection		
Legal (other)		
Newspaper/magazine article	<i>Newspaper Title</i> (YYYY). DD Month YYYY.	
International standard		
Illustration		
OTHER	If in doubt, follow the author.	

- Description of the Journal's reference style.

Taylor & Francis Reference Style – Bereavement Care
Own (modified Harvard)
Harvard references are commonly used in the social sciences. Cited publications are referred to in the text by giving the author's surname and the year of publication, and are listed in a bibliography at the end of the text.

- Guide to using mathematical scripts and equations.



## Mathematical Scripts

Special care should be taken with mathematical scripts, especially subscripts and superscripts and differentiation between the letter “ell” and the figure one, and the letter “oh” and the figure zero. If your keyboard or PC does not have the characters you need, or when using longhand, it is important to differentiate between: K and k; X, x and × (multiplication); asterisks intended to appear when published as multiplication signs and those intended to remain as asterisks; etc. Special symbols, and others used to stand for symbols not available in the character set of your PC, should be highlighted in the text and explained in the margin. In some cases it is helpful to supply annotated lists of symbols for the guidance of the sub-editor and the typesetter, and/or a “Nomenclature” section preceding the “Introduction”.

- In both displayed equations and in text, scalar variables must be in italics, with non-variable matter in upright type.
- For simple fractions in the text, the solidus “/” should be used instead of a horizontal line, care being taken to insert parentheses where necessary to avoid ambiguity. Exceptions are the proper fractions available as single type on keyboards and in character sets (e.g.  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{3}{4}$ ).
- The solidus is not generally used for units:  $\text{m s}^{-1}$  not m/s, but note electrons/s, counts/channel, etc.
- Displayed equations referred to in the text should be numbered serially ((1), (2), etc.) on the right-hand side of the page. Short expressions not referred to by any number will usually be incorporated in the text.
- Symbols used to represent tensors, matrices, vectors and scalar variables should either be used as required from the character set of the application you are using or marked on hard-copy by underlining with a wavy underline for bold, a straight underline for italic and a straight red underline for sans serif.
- The following styles are preferred: upright bold sans serif **r** for tensors, bold serif italic *r* for vectors, upright bold serif **r** for matrices, and mediumface sloping serif *r* for scalar variables. In mathematical expressions, the use of “d” for differential should be made clear and coded in roman, not italic.
- Typographical requirements must be clearly indicated at their first occurrence, e.g. Greek, Roman, script, sans serif, bold, italic. Authors will be charged for corrections at proof stage resulting from a failure to do so.
- Braces, brackets and parentheses are used in the order { [ ( ) ], except where mathematical convention dictates otherwise (e.g. square brackets for commutators and anticommutators; braces for the exponent in exponentials).
- For units and symbols, the SI system should be used. Where measurements are given in other systems, conversion factors or conversions should be inserted by the author.
- Mathematical equations should preferably be typewritten, with subscripts and superscripts clearly shown. It is helpful to identify unusual or ambiguous symbols in the margin when they first occur. Please ensure all symbols are described in the text. If equations are numbered, consecutive Arabic numbers in parentheses should be used. Equations may be referred to in the text as “equation (1)”, “equations (2)–(4)”. To simplify typesetting, please use: (1) the “exp” form of complex exponential functions; (2) fractional exponents instead of root signs; and (3) the solidus (/) to simplify fractions e.g.  $\frac{3}{4}$ ,  $\exp x^{1/2}$ . Other letters not marked will be set in roman type. Please supply reproducible artwork for equations containing ring formulae and other complex chemical structures. Schemes should also be numbered with consecutive Arabic numbers.

## 4. Publication charges

[↑Back to top.](#)

### Submission fee

There are no submission fees or publication fees for *Bereavement Care*.

### Page charges

There are no page charges for *Bereavement Care*.

### Colour charges

Colour figures will be reproduced in colour in the online edition of the journal free of charge. If it is necessary for the figures to be reproduced in colour in the print version, a charge will apply. Charges for colour pages in print are £250 per figure (\$395 US Dollars; \$385 Australian Dollars; 315 Euros). For more than 4 colour figures, figures 5 and above will be charged at £50 per figure (\$80 US Dollars; \$75 Australian Dollars; 63 Euros).

Depending on your location, these charges may be subject to Value Added Tax.

## 5. Compliance with ethics of experimentation

[↑Back to top.](#)

- Authors must ensure that research reported in submitted manuscripts has been conducted in an ethical and responsible manner, in full compliance with all relevant codes of experimentation and legislation. All manuscripts which report in vivo experiments or clinical trials on humans or animals must include a written Statement in the Methods section that such work was conducted with the formal approval of the local human subject or animal care committees, and that clinical trials have been registered as legislation requires.
- Authors must confirm that any patient, service user, or participant (or that person's parent or legal guardian) in any research, experiment or clinical trial who is described in the manuscript has given written consent to the inclusion of material pertaining to themselves, and that they acknowledge that they cannot be identified via the manuscript; and that authors have anonymised them and do not identify them in any way. Where such a person is deceased, authors must warrant they have obtained the written consent of the deceased person's family or estate.



- Authors must confirm that all mandatory laboratory health and safety procedures have been complied with in the course of conducting any experimental work reported in the manuscript; and that the manuscript contains all appropriate warnings concerning any specific and particular hazards that may be involved in carrying out experiments or procedures described in the manuscript or involved in instructions, materials, or formulae in the manuscript; and include explicitly relevant safety precautions; and cite, and if an accepted standard or code of practice is relevant, a reference to the relevant standard or code. Authors working in animal science may find it useful to consult the [Guidelines for the Treatment of Animals in Behavioural Research and Teaching](#).

## **6. Reproduction of copyright material**

[↑Back to top.](#)

If you wish to include any material in your manuscript in which you do not hold copyright, you must obtain written permission from the copyright owner, prior to submission. Such material may be in the form of text, data, table, illustration, photograph, line drawing, audio clip, video clip, film still, and screenshot, and any supplemental material you propose to include. This applies to direct (verbatim or facsimile) reproduction as well as “derivative reproduction” (where you have created a new figure or table which derives substantially from a copyrighted source).

You must ensure appropriate acknowledgement is given to the permission granted to you for reuse by the copyright holder in each figure or table caption. You are solely responsible for any fees which the copyright holder may charge for reuse.

The reproduction of short extracts of text, excluding poetry and song lyrics, for the purposes of criticism may be possible without formal permission on the basis that the quotation is reproduced accurately and full attribution is given.

For further information and FAQs on the reproduction of copyright material, please consult our [Guide](#).

## **7. Supplemental online material**

[↑Back to top.](#)

Authors are encouraged to submit animations, movie files, sound files or any additional information for online publication.

## Anexo 2 – Abstract para submissão a Congresso

**Abstract:** Several researches show that emotional regulation influences multiple areas of people's lives, demonstrating the effects of emotional regulation on health, this affects how the subject handles and accepts the diagnosis, prognosis, and treatments associated with oncologic disease. When a subject is facing a diagnosis of incurable cancer disease, he is in a state of impending death, which will influence the reaction of fear of death. This study aimed to understand how emotional regulation is important and interferes with the acceptance of oncologic disease and with the reaction associated with the fear of death. Adult patients completed a set of instruments: a sociodemographic questionnaire, the emotional regulation scale, Emotion Regulation of Others and Self (EROS), Emotion Thermometers tool and Collett-Lester Fear of Death-Scale, Revised Version. The results suggest that levels of normative emotional regulation are correlated with reduced responses to fear of death, as are lower values in subscales such as Anxiety, Depression and Distress. In addition, it was possible to verify that the emotional regulation and the time of diagnosis influence each other, thus persuading the adaptation to the oncological disease.

**Keywords:** emotional regulation, oncological disease, end of life, fear of death.

## Anexo 3 – Protocolo de Investigação

### **Termo de Consentimento Informado para Estudo de Investigação**

O termo de consentimento informado deve ser específico do Estudo de Investigação (o modelo deve ser adaptado ao estudo em causa, acrescentando outros dados considerados pertinentes ou eliminando partes não aplicáveis).  
Compete ao Investigador Responsável ou ao(s) elemento(s) da Equipa de Investigação em que ele delegue, prestar aos Participantes do estudo as informações necessárias ao consentimento livre e esclarecido.

#### **AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA BASEADA NO MODELO DA DIGNIDADE EM DOENTES EM FIM DE VIDA E NO PROCESSO DE LUTO DOS SEUS FAMILIARES**

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_:

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a compreender as minhas dificuldades em lidar com a minha doença.

Sei que neste estudo está prevista a realização de uma entrevista e o preenchimento de vários questionários, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus benefícios para a comunidade científica.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Participante no estudo.

Data

\_\_/\_\_/\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

Investigador Responsável

Data

\_\_/\_\_/\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

### Questionário Clínico – Informações do doente

Nº do processo: \_\_\_\_\_

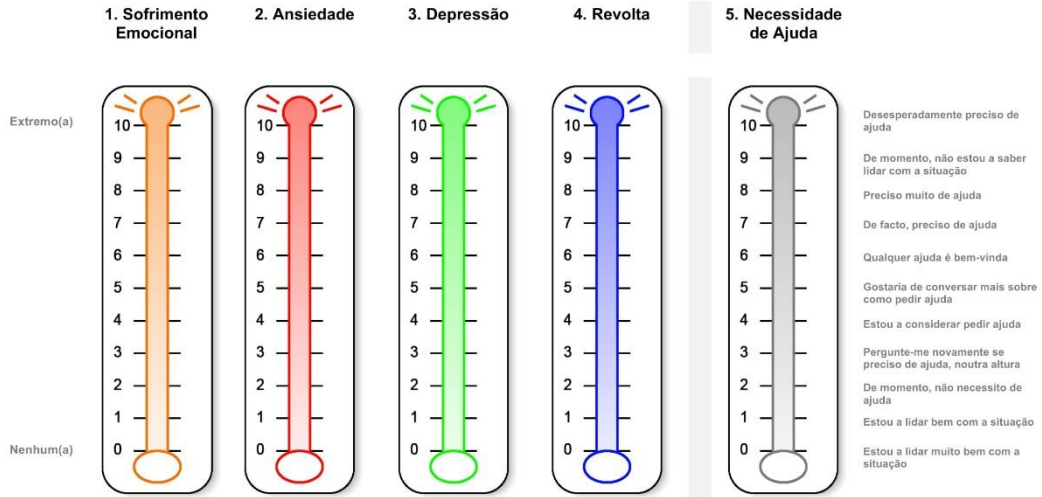
1. **Data de nascimento:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_
2. **Sexo:** Feminino  Masculino
3. **ECOG:** \_\_\_\_\_ **ECCP:** \_\_\_\_\_ **PPCS:** \_\_\_\_\_
4. **Estado Civil:**  Solteiro(a)  Casado(a)/União de facto  
 Separado(a)/Divorciado(a)  Viúvo(a)  Outro \_\_\_\_\_
5. **Filhos (nomes e idades):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. **Netos ou outros familiares significativos (nomes e idades):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. **Profissão:** \_\_\_\_\_
8. **Hobbies/ Atividades que gosta de fazer:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. **Diagnóstico:** \_\_\_\_\_
10. **O que sabe sobre a sua doença (tem conhecimento? Há quanto tempo?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. **Realização do diagnóstico entre:** 1-3 meses  3-6 meses   
6-12 meses  12-24 meses  + de 25 meses
12. **Costuma conversar com alguém acerca da sua doença?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. **Início do acompanhamento por Cuidados Paliativos entre:**  
1-3 meses  3-6 meses  6-12 meses  12-24 meses  + de 25 meses

# Termómetros Emocionais (TE's)

Versão de Investigação de R.J. Teixeira & M.G. Pereira - Universidade do Minho, 2010

## Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.



Adaptado do *Distress Thermometer*, NCCN. Alex Mitchell (

## **Escala de Regulação Emocional dos Outros e do Eu**

*The Emotion Regulation of Others and Self (EROS) Scale (Niven et al., 2011)*  
 Versão de Investigação de R.J. Teixeira, A. Pereira, & C. Chaves (2013)  
 Departamento de Educação, Universidade de Aveiro

Há ocasiões em que as pessoas tentam fazer os outros sentirem-se *melhor* (por exemplo, mais felizes, mais calmos, menos ansiosos, menos irritados) e ocasiões em que elas tentam fazer os outros sentirem-se *pior* (por exemplo, menos alegres, menos animados, mais zangados, mais preocupados).

Nas últimas 2 semanas, em que medida você usou as seguintes estratégias para influenciar a forma como alguém se sentia. Não importa se as estratégias funcionaram ou não, apenas em que medida você as usou.

<b><i>SUBESCALA EXTRÍNSECA - Como é que você lida com os sentimentos das outras pessoas:</i></b>	<b>1. De modo nenhum</b>	<b>2. Apenas um pouco</b>	<b>3. De forma moderada</b>	<b>4. Bastante</b>	<b>5. Em grande medida</b>
1. Dei conselhos úteis a alguém para tentar melhorar a forma como ele se sentia					
2. Apontei a alguém os seus defeitos para tentar fazê-lo sentir-se pior					
3. Fiz algo de bom a alguém para tentar que este se sentisse melhor					
4. Agi de forma irritada com alguém para tentar fazê-lo sentir-se pior					
5. Expliquei a alguém como me magoou a mim ou outros, para tentar que a pessoa se sentisse pior					
6. Assinalei as características positivas de alguém para tentar melhorar a forma como ele se sentia					
7. Fiz rir alguém para tentar fazê-lo sentir-se melhor					
8. Escutei os problemas de alguém para tentar melhorar a forma como ele se sentia					
9. Passei tempo com alguém para tentar melhorar a forma como ele(a) se sentia					
<b><i>SUBESCALA INTRÍNSECA - Como é que você lida com os seus próprios sentimentos:</i></b>					
1. Procurei problemas na minha situação atual para me fazer sentir pior					
2. Pensei nas minhas características positivas para me fazer sentir melhor					
3. Ri-me para tentar melhorar o que estava a sentir					
4. Expressei-me com cinismo para me tentar fazer sentir pior					
5. Pensei sobre os meus defeitos para me fazer sentir pior					
6. Fiz algo que gosto para tentar melhorar o que eu sentia					
7. Procurei apoio de outras pessoas para me tentar fazer sentir melhor					
8. Pensei sobre experiências negativas para me tentar fazer sentir pior					
9. Pensei em algo agradável para me tentar fazer sentir melhor					
10. Pensei em aspectos positivos da minha situação para tentar melhorar o que sentia					

**Melhoria extrínseca do afecto:** Média dos itens 1, 3, 6, 7, 8, 9

**Pioria extrínseca do afecto:** Média dos itens 2, 4, 5

**Melhoria intrínseca do afecto:** Média dos itens 2, 3, 6, 7, 9, 10

**Pioria intrínseca do afecto:** Média dos itens 1, 4, 5, 8

**Escala de medo da morte de Collett-Lester – Versão Revista**  
(Lester, C., 1990)

Que nível de perturbação ou ansiedade lhe provocam os seguintes aspectos relacionados com a morte e o acto de morrer. Leia cada item e responda com rapidez. Não dispense muito tempo a pensar na sua resposta. O que pretendemos é obter a sua primeira impressão do seu pensamento. Coloque uma cruz no número que melhor representa os seus sentimentos.

A sua própria morte		Muito		Algumas vezes		Nada	
		5	4	3	2	1	
1	O total isolamento da morte						
2	O encurtamento da vida						
3	Perda de tanta coisa depois da morte						
4	Morrer jovem						
5	Como será sentir que está morto						
6	Nunca mais pensar ou experienciar qualquer coisa						
7	A possibilidade de dor e punição por actos cometidos em vida, depois da morte						
8	A deterioração do seu corpo após a morte						

O seu próprio morrer		Muito		Algumas vezes		Nada	
		5	4	3	2	1	
1	A degradação física associada à morte lenta						
2	A dor associada ao morrer						
3	A deterioração mental associada à idade avançada						
4	Que as suas capacidades fiquem limitadas, quando estiver à beira da morte						
5	A incerteza do quão corajosamente enfrentará o processo do morrer						
6	A falta de controlo sobre o processo do morrer						
7	A possibilidade de morrer no hospital longe dos amigos e da família						
8	O luto dos outros quando estiver à beira da morte						



A morte de outros		Muito		Algumas vezes		Nada	
		5	4	3	2	1	
1	A perda de alguém próximo de si						
2	Ter que ver o corpo deles morto						
3	Nunca mais poder comunicar com eles						
4	Arrependimento por não ter sido mais agradável enquanto estavam vivos						
5	Envelhecer sozinho sem eles						
6	Sentir-se culpado por ficar aliviado por eles terem morrido						
7	Sentir-se sozinho sem eles						
8	Inveja por eles estarem mortos						

O morrer de outros		Muito		Algumas vezes		Nada	
		5	4	3	2	1	
1	Ter que estar com alguém que está a morrer						
2	Ter de falar sobre a morte com pessoas que estão a morrer						
3	Ver os outros a sofrer de dor						
4	Ter de ser você a dizer-lhes que estão a morrer						
5	Ver a degradação física do corpo deles						
6	Não saber como lidar com o luto da perda, quando está com os que estão a morrer						
7	Ver a deterioração das capacidades mentais dos outros						
8	Tomar consciência de que um dia também irá passar por essa experiência						

Obrigada pela sua colaboração!



## Escala de Dignidade

**Por favor, indique em que medida cada um dos seguintes itens tem sido um problema ou preocupação para si nos últimos dias.**

**1. Não ser capaz de realizar tarefas relacionadas com a vida de todos os dias (por exemplo, lavar-me, vestir-me).**

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

**2. Não ser capaz de realizar, sem auxílio, actividades relacionadas com o meu corpo e higiene pessoal (exemplo: precisar de ajuda nas idas à casa de banho).**

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

**3. Sentir sofrimento físico (dor, falta de ar, enjoos, etc.).**

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

**4. Sentir que a imagem que os outros têm de mim se alterou significativamente.**

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

**5. Sentir-me deprimido/a.**

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

**6. Sentir-me ansioso/a.**

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

**7. Sentir incerteza quanto à minha doença e tratamento.**

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

**8. Preocupar-me com o meu futuro.**

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

9. Não ser capaz de pensar com clareza.

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

10. Não ser capaz de continuar com as rotinas habituais.

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

11. Sentir que já não sou quem era antes.

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

12. Não me sentir com valor ou valorizado/a.

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

13. Não ser capaz de manter papéis importantes (marido ou esposa, pai ou mãe, etc.).

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

14. Sentir que a vida já não tem significado ou objectivo.

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

15. Sentir que, durante a minha vida, não dei nenhum contributo significativo ou duradouro.

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

16. Sentir que deixei "coisas por acabar". (exemplo, coisas que não disse ou não acabei).

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

17. Preocupar-me que a minha vida espiritual não faça sentido.

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

18. Sentir que sou um fardo para os outros.

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

19. Sentir que não tenho controlo sobre a minha vida.

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

20. Sentir que a minha doença e os cuidados de que necessito reduziram a minha privacidade.

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

21. Não me sentir apoiado/a pelo meu grupo de amigos e família.

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

22. Não me sentir apoiado/a pelos profissionais de saúde.

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

23. Sentir que, mentalmente, já não sou capaz de "lutar" pelos desafios da minha doença.

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

24. Não ser capaz de aceitar as coisas tal como elas estão.

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--

25. Não ser tratado/a pelos outros com respeito ou compreensão.

1. <input type="checkbox"/> Nenhum problema	2. <input type="checkbox"/> Um pequeno problema	3. <input type="checkbox"/> Um problema	4. <input type="checkbox"/> Um grande problema	5. <input type="checkbox"/> Um problema enorme
---	---	---	--	--