



SIP_{um}

I Seminário de Investigação em Psicologia
Universidade do Minho

AEP_{um}

Investigação e teoria em Psicologia: importância da produção estudantil



Narrar a perda na doença oncológica: Estudo de caso de um prestador de cuidados

Ana Sofia Silva, anasofiasilva@gmail.com¹
Vânia Sousa Lima¹

(1) Universidade Católica Portuguesa, Porto

O presente estudo tem como objectivo caracterizar o processo de luto de prestadores de cuidados informais de crianças com o diagnóstico de doença oncológica, com vista a compreender as experiências pessoais e o significado atribuído a esta realidade pelos pais, que são simultaneamente prestadores de cuidados destas crianças.

O cancro envolve e afecta directamente toda a família, especialmente a nuclear e sobretudo os pais, que frequentemente se constituem como cuidadores informais e de extrema importância para estas crianças (Cruce & Stinnett, 2003; Oliveira & Pimentel, 2006; Oliveira, Queirós & Guerra, 2007). A partir do momento em que o diagnóstico de doença oncológica é estabelecido, ocorre um conjunto de perdas com um impacto significativo na dinâmica familiar (Pereira, 2005), de que resultará um processo de luto com o que o mesmo comporta (e.g. Canavarro, 2004).

O estudo, de natureza qualitativa, recorre à entrevista “Histórias de Vida”, de McAdams (2000), aplicada a um casal de prestadores de cuidados de uma criança com diagnóstico oncológico. O tratamento de dados envolve a análise de conteúdo, integrando princípios da *Grounded Theory*. É dado particular ênfase ao processo de construção de significado relativo à experiência de luto na prestação de cuidados, sendo apresentados resultados do estudo.

Introdução

A doença oncológica apresenta-se como um crescimento incontrolável de células anormais que produzem tumores, que se designam de neoplasias, podendo a origem dos mesmos ser benigna ou maligna (Cruce & Stinnett, 2003; Ogden, 2004). Na oncologia infantil, os tumores predominantes são as leucemias e os linfomas, seguindo-se os tumores cerebrais. Verifica-se uma maior incidência entre o primeiro e o quarto anos de idade, embora os diagnósticos de doença oncológica possam ocorrer em qualquer faixa etária (Silva, Pires, Gonçalves & Moura, 2002; Gomes, Pires, Moura, Silva, Silva & Gonçalves, 2004; Sarafino, 1990, cit. in Pais-Ribeiro, 2005; Bento, 2007). Outras formas tumorais são, em oposição, menos frequentes na infância, como é o caso do tumor renal, cuja incidência entre o primeiro e o quatro anos de vida é de cerca de 4%, sendo mais frequente o seu surgimento no sexo feminino, rondando os 35% (Bento, 2007). Ainda de acordo com Bento (2007), a faixa etária em que a incidência dos nefroblastomas é maior diz respeito ao intervalo compreendido entre o primeiro e o quarto anos de idade.

O cancro infantil é entendido "... enquanto condição crónica e adaptação compreendida como um processo contínuo, activo e dialéctico entre a criança e a família." (Magão & Leal, 2002, p. 323).

A doença oncológica envolve e afecta toda a família da criança, principalmente os pais, tendo efeitos negativos a partir do momento em que é realizado o diagnóstico (Nijboer et. al., 1998; Pereira, 2005; Klassen, Raina, Reineking, Dix, Pritchard, O'Donnell, 2007). Esta realidade representará uma nova experiência no ciclo de vida daquela família, sendo necessário redefinir a filosofia de vida pessoal, objectivos, expectativas, aspirações, esperanças, sonhos para a criança e para a família (e.g. Pereira & Lopes, 2005).

Na globalidade, a partir do momento em que o diagnóstico de doença oncológica faz parte da realidade daquela família, ocorre um conjunto de perdas tendo as mesmas um impacto na dinâmica familiar (e.g. Canavarro, 2004).

Os pais, enquanto família nuclear, constituem-se como cuidadores informais e fundamentais para estas crianças (e.g. Cruce & Stinnett, 2003; Gomes et al., 2004; Oliveira & Pimentel, 2006; Oliveira, Queirós & Guerra, 2007).

A prestação de cuidados, de acordo com McPherson, Wilson, Lobchuck e Brajtman (2008), o *burden* como algo associado à experiência em questão. O *burden* adquire um relevo particular na relação entre o cuidador e aquele que é cuidado, sendo entendido como um estado psicológico que resulta da articulação do trabalho físico, das alterações das relações interpessoais, da pressão emocional e das mudanças associadas aos estados emocionais e das exigências decorrentes da prestação de cuidados (e.g. Newson & Schulz, 1998; Zarit et al., 1980; Cantor, 1983; Robinson, 1983; Poulshock & Deimling, 1984; Given et al., 1992, cit. in Nijboer et al., 1998). No mesmo sentido Nijboer e colaboradores (1998), consideram que a experiência de cuidar não comporta apenas aspectos negativos, integrando aspectos positivos e percebidos como tal, como seja a promoção da mudança e da auto-estima.

De acordo com a perspectiva de Santos (1998, cit. in Gomes et al., 2004; Silva et al., 2002; McPherson et al., 2008), ser pai e prestador de cuidados de uma criança com doença crónica é bastante exigente do ponto de vista emocional, psicológico, social e físico e comporta sentimentos de perda, dor, situações de crise, *stress* e impacto significativo no sistema familiar, havendo um confronto com uma nova realidade e novas exigências, com vista a que sejam criados ajustamentos e readaptações à nova condição.

Face ao exposto, a prestação de cuidados contempla a atribuição e a construção de significado associado ao diagnóstico, ao processo de luto, às perdas e ao tratamento (Taylor, 1983), com vista à integração destes acontecimentos na história de vida do sujeito. Nijboer e

colaboradores (1998), contemplam uma reavaliação do futuro com vista à mudança, o que permite questionar quem serão estes sujeitos, após a experiência de ser cuidador informal de uma criança com cancro.

De acordo com Twycross (2003), o processo de luto permite que os sujeitos integrem a realidade que é a perda, não sendo apenas um processo emocional adaptativo e normativo, mas também uma experiência física, intelectual, social e espiritual (e.g. Twycross, 2003; Pereira & Lopes, 2005). O luto enquanto processo de natureza normativa considera as fases que se seguem: fase de entorpecimento, fase de anseio e protesto, fase de desespero e fase de recuperação, restituição e reorganização (Parkes, 1998). Relacionado com as etapas do processo de luto, estão associadas tarefas ao mesmo, passando estas pelo reconhecimento e pela aceitação da realidade da perda, pela ventilação emocional da dor ou mágoa, experienciando a dor da perda, pela adaptação e pelo ajustamento ao ambiente e à nova realidade tendo em conta a perda e a readaptação e reajuste emocional à perda, com a pessoa que sofre de doença, com o intuito de dar seguimento e continuidade à vida Worden (1991).

Contudo, o processo de luto pode não ocorrer obedecendo aos aspectos explicitados, passando a vigorar um luto de carácter patológico. O luto patológico é um modo desajustado de experienciar o luto, estando presente sintomas de natureza depressiva (Lev & McCorkle, 1998), ansiosa e/ou psicótica.

Independentemente de o processo de luto ser de cariz universal e de comportar uma série de aspectos semelhantes, os sujeitos que o vivenciam significam-no de forma diferente, facto que é devido, de acordo com Bremner (2008) e Parkes (1993), às características idiossincráticas e específicas da história e das experiências de vida.

Neste sentido, com o estudo em questão, pretende-se caracterizar o processo de luto de um prestador de cuidados informais de uma criança com o diagnóstico de doença oncológica, com o objectivo de compreender as experiências pessoais e o significado atribuído a esta realidade.

Método

Participante

O participante desta investigação é um prestador de cuidados do sexo masculino, pai de uma criança com diagnóstico de doença oncológica. O indivíduo tem 43 anos de idade e o seu estado civil é casado. A nível de formação académica, completou o 7º ano do 3º ciclo do ensino básico, exercendo, no momento presente, uma actividade profissional relacionada com a metalurgia.

No que concerne aos dados relativos à criança, a mesma recebeu o diagnóstico de doença oncológica renal, mais concretamente um tumor maligno num dos rins, com 5 anos de idade. A criança é do sexo feminino, filha única, sendo o seu agregado familiar constituído por si e pelos pais.

Relativamente à gravidez, esta foi planeada e teve uma duração de trinta e cinco semanas. A criança nasceu por cesariana, não havendo complicações durante a mesma, tendo no entanto a criança nascido com o Síndrome de Órgãos Aumentados (língua e rins acrescidos).

Instrumentos

Os dados para o presente estudo foram recolhidos com o recurso a uma ficha de caracterização sócio-demográfica com vista à obtenção de informação relativa ao pai e, simultaneamente, prestador de cuidados, à criança e à gravidez, assim como pela utilização da entrevista "História de Vida" de McAdams (2000).

No que diz respeito à ficha de natureza sócio-demográfica, em relação às informações sobre o prestador de cuidados, a mesma enfatizou os aspectos que se seguem: género, grau de parentesco com a criança, idade, profissão, situação profissional, habilitações académicas, estado civil e número de filhos. Quanto às informações sobre a criança, a ficha sócio-

demográfica incluía dimensões como: género, data de nascimento, agregado familiar, se era primogénita e qual a sua posição na fratria, tal como a doença diagnosticada e a idade em que o diagnóstico teve lugar.

Finalmente, no que concerne aos dados da gravidez, a ficha sócio-demográfica salientou os aspectos que se seguem: planeamento da gravidez, modo como a mesma decorreu e respectiva duração, assim como a forma como o parto se sucedeu.

O guião de entrevista utilizado contempla três momentos:

1. o primeiro contempla os “Capítulos de Vida”, tendo como aspecto central a narrativa do seu percurso de vida como se o mesmo fosse uma história, com a respectiva divisão em capítulos, sendo apresentado um resumo e solicitada a atribuição de um título a cada um deles.

2. o segundo momento da entrevista diz respeito aos “Acontecimentos Críticos/Significativos” em que é pedida uma descrição detalhada e pormenorizada de episódios de vida específicos, incluindo o que aconteceu, quem estava presente, o que pensou ou que sentiu e o significado global na sua história de vida. O guião da entrevista envolvia episódios como a melhor experiência da vida, a pior experiência da vida, o ponto de viragem em que se verifica uma cena que integra uma mudança significativa, uma cena de tomada de decisão significativa, uma cena importante da infância, da adolescência e uma cena importante da vida adulta.

3. a terceira parte da entrevista focaliza, tal como afirma Matos (2008) “...a construção de narrativas mais integradoras de toda a história de vida...” (p.185), tais como o desafio vital relacionado com o seu percurso de vida, as influências positivas e negativas para a construção da história de vida, as histórias e a “história de vida”, as futuras alternativas para a história individual, sendo estas positivas e negativas, as principais crenças e valores associadas à ideologia pessoal e, por fim, uma mensagem que compreenda a integração da trajectória e de percurso de vida daquele indivíduo.

De acordo com a perspectiva de McAdams (2000), presume-se que os indivíduos constroem as suas vidas narrativamente recorrendo à criação de histórias com cenas que identifiquem o *self* e, em acréscimo, Matos (2008) defende que "...a construção destas histórias é um processo psicossocial, integrador de aspectos do indivíduo e da sua envolvente social..." (idem, p.185).

Procedimentos

Recolha de dados

A aplicação do instrumento e a respectiva recolha de dados decorreu em Fevereiro do ano corrente, tendo lugar na residência particular do participante, uma vez que o mesmo assim preferiu.

A duração da aplicação da entrevista foi de, sensivelmente, quarenta minutos.

Tratamento de dados

A entrevista foi gravada em áudio, tendo sido, posteriormente, transcrita na sua totalidade.

Os dados recolhidos foram analisados com o recurso a uma metodologia de carácter qualitativo, mais concretamente a análise de conteúdo, integrando concomitantemente princípios da *Grounded Theory*.

No que diz respeito à análise de conteúdo, esta envolve a organização da análise, a codificação e a respectiva categorização (Bardin, 2007).

A organização da análise contempla uma pré-análise que diz respeito à fase da organização, tendo como objectivo a operacionalização e a sistematização das ideias iniciais, numa óptica de

análise. A primeira actividade corresponde a uma leitura “flutuante”³, em que são tomadas notas reflexivas relativamente ao discurso do entrevistado (*idem*).

A codificação diz respeito ao tratamento dos dados provenientes das entrevistas. A codificação compreende a transformação dos dados brutos numa representação do conteúdo. O recorte é um dos aspectos que se integra ao nível da codificação e contempla a escolha das unidades de registo e das unidades de contexto.

A unidade registo escolhida foi a nível semântico, à qual está subjacente o tema, sendo frequentemente utilizada para considerar as respostas a questões abertas, a entrevistas que podem ser mais ou menos estruturadas, quer de natureza individual quer de natureza grupal (*idem*).

Relativamente à unidade de contexto, e uma vez que a unidade de registo diz respeito ao tema, a primeira corresponde ao parágrafo que permite a compreensão da significação da unidade de registo (*idem*).

O processo de classificação e o processo de agregação inserem-se ao nível do processo de codificação e corresponde à escolha das categorias. A categorização é o processo através do qual se realiza “...uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto...” (Bardin, 2007, p.111).

O presente processo de categorização é de natureza semântica, mais especificamente, temática em que todos os temas que se inserem na categoria questão ficam agrupados na mesma, integrando a sua definição conceptual (*idem*).

Para além do recurso à análise de conteúdo tradicional, o processo de tratamento de dados contemplou alguns princípios associados à *Grounded Theory*, nomeadamente no que diz

³À medida que as informações provenientes da entrevista vão sendo analisadas, é esperado que se reflecta acerca do que é transmitido, do que é sugerido e a interpretação retirada. É nesta fase que se inicia o processo de criação de notas.

respeito ao facto de a elaboração da grelha categorial ser desenvolvida *a posteriori*, tendo como ponto de partida os dados provenientes das entrevistas.

O objectivo máximo da *Grounded Theory* "...é gerar teoria que é construída com base na recolha e análise sistemática e rigorosa dos dados e na orientação dos investigadores através de um processo indutivo de produção de conhecimento." (Fernandes & Maia, 2001, p.54).

No primeiro momento desta análise, há uma focalização na informação proveniente da construção das cenas relativas aos "Acontecimentos Significativos" identificados pelos sujeitos, estando mais próxima da análise de conteúdo tradicional e dos respectivos princípios, sendo as categorias desenvolvidas *a priori* (e.g. *high point*, *low point*, ...), tendo como ponto de partida o guião de entrevista utilizado para a recolha de dados.

A segunda fase da análise contempla os pressupostos associados à *Grounded Theory*, havendo uma centração na informação da entrevista relativamente aos "Capítulos de Vida" e às narrativas construídas, sendo as categorias determinadas *a posteriori*.

Deste processo de categorização resultou a construção de significados inerente a um processo de luto de um pai e, simultaneamente, cuidador informal de uma criança com o diagnóstico de doença oncológica.

Resultados

Apresentação de resultados

Na totalidade, identificaram-se oito categorias de 1ª ordem. As seis primeiras correspondem ao "*high point*", "*low point*", "ponto de viragem", "desafio", "alternativas para a "história de vida"" e "ideologia pessoal", que se inserem a nível dos "Acontecimentos Significativos", definida como categoria de 2ª ordem. As restantes duas categorias de 1ª ordem: "nascimento" e "diagnóstico" inserem-se ao nível da categoria de 2ª ordem mais geral designada de "Capítulos de Vida".

A construção narrativa dos “Acontecimentos Significativos”

a) High Point

Corresponde à construção narrativa do episódio em que os sujeitos consideram ser o melhor momento das suas vidas. O participante não revelou qualquer tipo de dificuldade em indicar qual o melhor momento da sua história de vida, correspondendo este ao nascimento da filha, facto que é explicitado no discurso do entrevistado, como se verifica atendendo às referências narrativas: “Foi o nascimento da M., por tudo o que isso implica... Ser pai.”. Esta referência discursiva remete para a uma representação da paternidade como significativa na vida deste sujeito.

b) Low Point

Diz respeito à experiência mais negativa que o sujeito identifica como fazendo parte do seu percurso pessoal. O indivíduo identifica a doença oncológica da filha como sendo a “pior” da sua vida, o que está reflectido no seguinte exemplo: “...saber da doença da M., que ela tinha um tumor maligno.”. Esta identificação decorre do modo como estas experiências foram integradas e significadas no percurso pessoal deste cuidador.

c) Ponto de Viragem

Corresponde à identificação de um episódio em que se tenha verificado uma mudança significativa na vida do sujeito em questão. As temáticas referidas pelo pai remetem para as doenças da criança: numa fase inicial, em relação ao Síndrome dos Órgãos Aumentados e, posteriormente, em relação à doença oncológica, como se observa atendendo às referências narrativas: “O nascimento da M. (...) Desde que ela nasceu e foi diagnosticado o Síndrome dos Órgãos Aumentados e foi muito pior quando ela teve o tumor...”. Verifica-se a construção de um processo de significação, por parte do cuidador, relativamente à doença neoplásica da filha.

d) Desafio

Diz respeito à descrição de um episódio que este prestador de cuidados considera o maior desafio inerente ao seu percurso de história pessoal. O cuidador identifica a doença oncológica da criança como sendo o maior desafio da sua vida, o que é ilustrado atendendo aos exemplos discursivos que se apresentam: “O grande desafio foi o ano da doença da M.”, “Uma mudança muito grande mesmo (...)” e “Mas conseguimos!”. Identificam-se significações em relação ao “desafio” e ao modo como este foi enfrentado.

e) Alternativas para a “história de vida”

Corresponde à identificação de dois futuros distintos, em que um se caracteriza por aspectos positivos e que o sujeito deseja que se concretizem e, por isso, designado de “futuro positivo” e um futuro que o sujeito não quer que aconteça mas que teme que possa suceder, intitulado de “futuro negativo”. Tendo em conta as especificidades do estudo, os futuros produzidos pelo sujeito estão relacionados com questões de saúde/doença, associado ao facto do seu sistema familiar viver a realidade do que é possuir um doente oncológico, o que é traduzido tendo em conta os exemplos discursivos que se apresentam: “O que eu não gostava que acontecesse era a minha filha voltasse a ter uma recaída (...)” e “No bom (...) que corra a vida normal, com saúde...”. A construção de significado relativa às “alternativas” remete para aspectos relacionados com a dimensão saúde.

f) Ideologia Pessoal

Neste tópico privilegia-se a importância da vida espiritual/religiosa e possíveis mudanças ocorridas na mesma, decorrente da experiência em estudo. Tendo em conta dimensões de natureza educacional e cultural, as questões relacionadas com a espiritualidade assumem um papel de relevo no âmbito da prestação de cuidados, na medida em que funciona como uma forma mais ajustada de lidar e integrar o acontecimento em questão. Estas ideias são evidentes no discurso deste pai e cuidador, como se exemplifica no seguinte exemplo: “Nunca mudei nem

tenho perspectivas de mudar (...) só porque acontece isto. Acredito, continuo sempre a acreditar. (...) Temos que ter fé e acho que se não tivermos fé, não há nada...”.

A construção narrativa dos “Capítulos de Vida”

a) Nascimento

O nascimento da filha surge como um acontecimento patente no discurso do pai e prestador de cuidados e como parte que integra os “capítulos de vida” da história pessoal e individual deste sujeito. São identificadas as seguintes referências narrativas: “Passados uns anos, nós tivemos a M. e a partir daí tudo mudou.”, “Desde o nascimento com problemas até hoje.”, “A M. desde que nasceu teve logo problemas, tinha o Síndrome de Órgãos Aumentados.”

De forma geral, o nascimento da filha foi percebido pelo cuidador como tendo um impacto significativo, decorrente do facto de a criança nascer com problemas.

b) Diagnóstico

O diagnóstico relativo à doença oncológica é algo presente no discurso do pai, integrando os seus “capítulos de vida”. A construção de significado inerente a esta nova realidade resulta do impacto que a mesma despoletou neste cuidador informal.

No discurso narrativo do pai relativamente ao momento do diagnóstico de doença neoplásica, as referências que remetem para o mesmo são: “Desde quando ela teve o tumor...”, “(...) uma pessoa não pode estar sempre a pensar que naquilo que pode acontecer, senão não se vivia (...) Eu nunca demonstrei isso, nunca dei a entender que a minha filha tinha um cancro...”.

As significações associadas ao discurso do entrevistado reflectem o modo como a experiência de diagnóstico de cancro é integrada na história de vida.

Discussão e conclusões dos resultados

Perante as referências discursivas deste prestador de cuidados relativamente ao “ponto alto” da sua história de vida, constata-se que o melhor momento é anterior ao diagnóstico de doença oncológica e corresponde à paternidade. A paternidade implica uma reavaliação e reestruturação da identidade, uma vez que a partir do momento em que o filho nasce, a identidade pessoal assume uma nova dimensão, integrando o papel, a função e o significado que lhe está subjacente (Canavarro, 2001).

O participante do estudo identifica o diagnóstico de doença neoplásica como sendo o “*low point*” da sua história pessoal, facto que é suportado por Rolim e Canavarro (2001), quando as autoras afirmam que embora não havendo perda física da criança, há a perda psicológica do filho esperado e idealizado. O diagnóstico de doença oncológica é um acontecimento com um impacto significativo em qualquer contexto familiar (Nijboer et. al., 1998; Pereira, 2005; Klassen, Raina, Reineking, Dix, Pritchard, O’Donnell, 2007), implicando o mesmo um conjunto de perdas, sendo que as que ocorrem em contexto familiar são as mais significativas (e.g. Canavarro, 2004). Estes aspectos podem explicar o porquê de o cancro e todas as vivências e experiências que o mesmo implica fazerem parte da história e dos capítulos de vida deste cuidador.

O facto de a doença comportar uma dimensão crónica, faz com que lhe esteja associada uma elevada exigência do ponto de vista psicológico, emocional, social e físico, momentos de crise e *stress*, produzindo um impacto significativo no sistema familiar (Santos, 1998, cit. in Gomes et. al., 2004; Silva et. al., 2002; McPherson et. al., 2008). Por outro lado, o facto de, por vezes, o sofrimento e o mal-estar dos pais e dos cuidadores atingir valores bastante elevados (Nijboer et. al., 1998; Baider, Cooper & De-Nour, 2000, cit. in Gomes et. al., 2004) permite compreender esta experiência como “*low point*”. Na vida deste sujeito é interessante verificar que, não obstante ao facto da experiência de doença oncológica ser considerada como “*low point*”, assume-se como ponto de viragem Este mesmo acontecimento relativo ao diagnóstico apresenta-se como um

“ponto de viragem” e de mudanças na vida do sujeito, facto já mencionado por Motenko (1989, cit. in Nijboer et. al., 1998), ao afirmar que a experiência de ser cuidador pode promover no indivíduo competências para a mudança, como se verifica atendendo à referência discursiva deste cuidador: “Uma mudança enquanto pessoa... Foi essa.”. De facto, constata-se uma mudança ocorrida neste indivíduo que decorre do acontecimento em estudo.

Esta situação de doença tem associada a si um conjunto de perdas, as quais implicam um processo de crise e de *stress* inerente ao desequilíbrio existente entre as exigências de ser cuidador de alguém com cancro e os recursos que o indivíduo detém (Pereira & Lopes, 2005). Ainda de acordo com as mesmas autoras, esta nova realidade pode ser percebida pelo sistema familiar como possuindo uma componente ameaçadora ou como um desafio. Neste caso em particular, o prestador de cuidados encara o acontecimento oncológico como um desafio, com o qual lidou de forma ajustada e recorrendo a estratégias de *coping* designadas por Magão e Leal (2002) de *coping* construtivo.

Tendo em conta todo o processo de crise que é experienciado e vivenciado pelo cuidador em estudo, as alternativas para a “história de vida” remetem, por um lado, para a presença da saúde e, por outro, para o receio de uma possível recaída, dado que o diagnóstico de doença cancerígena afecta a vida do indivíduo tal como a vida da sua família (Nijboer et. al., 1998; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007; Sousa, 2007).

A dimensão espiritual é algo presente no discurso deste cuidador informal, nomeadamente, em relação à forma como a experiência é integrada. Este facto faz com que a espiritualidade seja enfatizada na medida em que pode contribuir para um processo de luto mais ajustado e integrador, aceitando a realidade em questão, reorganizando-a, restituindo-a e recuperando-a, passando a vigorar sentimentos mais positivos (Parkes, 1998; Twycross, 2003).

Tendo em conta os aspectos apresentados, afirma-se que o processo de luto deste cuidador é pautado por características associadas a um luto normativo, sendo o mesmo integrado e significado na sua “história de vida”.

Estes resultados revelam a pertinência do estudo do processo de luto de prestadores de cuidados em investigações futuras. Sugere-se a análise e investigação deste fenómeno atendendo à dimensão relacional da representação da vinculação.

Referências bibliográficas

- Bardin, L. (2007). *Análise de Conteúdo*. 4ª Edição. Lisboa: Edições 70.
- Bento, M. J. (2007). *Cancro da criança na região Norte – Evolução da incidência e da sobrevivência num estudo comparativo de dez anos*. Dissertação de Mestrado em Oncologia publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Bremner, I. (2008). Reaction to loss. *Medicine*, 36 (2), pp. 114-117.
- Canavarro, M.C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2004). Vinculação, perda e luto: Implicações clínicas. *Psicologica*, 35, pp. 35-77.
- Cruce, M. & Stinnett (2003). Children with cancer. In A. Staton & M. Reed (Eds.), *In the breast cancer notebook: The heaving power of reflection*. (pp.149-168). Washington DC: American Psychological Association.
- Fernandes, E. & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In E. Fernandes & L. Almeida (Eds.), *Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp.49-76). Braga: Universidade do Minho, Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- Gomes, R., Pires, A., Moura, M., Silva, L., Silva, S., & Gonçalves, M. (2004). Comportamento parental na situação de risco do cancro infantil. *Análise Psicológica*, 3 (22), pp. 519-531.
- Klassen, A., Raina, P., Reineking, S., Dix, D., Pritchard, S. & O'Donnell, M. (2007). Developing a literature base to understand the caregiving experience of parents of children with cancer: a systematic review of factors related to parental health and well-being. *Support Care Cancer*, 15, pp. 807-818.
- Lev, E. & McCorkle, R. (1998). Loss, grief and bereavement in family members of cancer patients. *Seminars in Oncology Nursing*, 14 (2), pp. 145-151.
- Magão, M. & Leal, I. (2002). A promoção da esperança nos pais de crianças com cancro. In M. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica*. (pp. 321-344). Lisboa: Climepsi Editores.
- Maroy, C. (1999). Análise qualitativa de entrevistas. In L. Albarella, F. Digneffe, J.P. Hernaux, C. Maroy, D. Ruquoy & P. Saint-Georges (Eds.), *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. (pp. 117-155). Lisboa: Gradiva Editora.
- Matos, R. (2008). *Vidas Raras de Mulheres Comuns*. Coimbra: Edições Almedina.
- McAdams, D. (2000). *The Person. An integrated to personality psychology* (3rd ed.). Forth Worth: Harcourt College Publishers.
- McPherson, C., Wilson, K., Lobchuck, M., & Brajtman, S. (2008). Family Caregivers' assesment of symptoms in patients with advanced cancer: concordance with patients and factors affecting accuracy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35 (1), pp. 70-82.
- Nijboer, C., Tempelaar, R. Sanderman, R.; Triemstra, M. Spruijt, R., & Bos, G. (1998). Cancer and caregiving: The impact on the caregiver's health. *Psycho-Oncology*, 7 (1), pp. 3-13.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, A. & Pimentel, F. (2006). O desempenho dos cuidadores informais na avaliação da qualidade de vida dos doentes oncológicos – Uma revisão do tema. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (2), pp. 211-219.
- Oliveira, M., Queirós, C. & Guerra, M. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva auto-poética: do caos à autopoiése. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (2), pp.181-196.
- Pais-Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.

- Parkes, C. (1993). Bereavement as a psychosocial transition. In M. Stroebe, W. Stroebe & R. Hanson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 91-101). Cambridge: University Press.
- Parkes, C. (1998). *Luto – Estudos sobre a perda na vida adulta*. 3ª Edição. São Paulo: Summus.
- Pereira, M. A. (2005). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto – contributos para a formação em enfermagem*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Pereira, M. & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a família*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pinto, C. & Pais Ribeiro, J. (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade! *Texto & Contexto Enfermagem*, 16 (1), pp. 142 – 148.
- Rolim, L. & Canavarro, M.C. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.255-296). Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, S., Pires, A., Gonçalves, M. & Moura, M. (2002). Cancro infantil e comportamento parental. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), pp. 43-60.
- Sousa, L. (2007). *Sobre... vivendo o cancro: o doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Worden, J. (1991). *Grief counselling and grief in adult life*. 2ª Edição. London: Pelican.