

ANA CATARINA DA ROCHA CORREIA

COPING E AUTO-EFICÁCIA EM PAIS DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COM DIABETES TIPO 1

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PORTO, 2010

ANA CATARINA DA ROCHA CORREIA

COPING E AUTO-EFICÁCIA EM PAIS DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COM DIABETES TIPO 1

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PORTO, 2010

ANA CATARINA DA ROCHA CORREIA

COPING E AUTO-EFICÁCIA EM PAIS DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COM DIABETES TIPO 1

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Silva.

Ana Catarina da Rocha Correia

PORTO, 2010

Resumo

O presente trabalho pretende analisar a relação entre a percepção de auto-eficácia geral e as estratégias de *coping* adoptadas por pais de crianças/adolescentes com diabetes tipo 1. Participaram no presente estudo 98 pais/mães de crianças/adolescentes com diabetes tipo 1, adultos de ambos os sexos (56 mulheres e 42 homens), com idades compreendidas entre os 27 e 53 anos de idade ($M= 38,45$; $DP= 4,753$). Os participantes responderam ao Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA) (Ribeiro & Santos, 2001) e à Escala de Auto-eficácia Geral (Ribeiro, 1995).

Os resultados do estudo apontam para a existência de diferenças significativas entre sexos para a escala de auto-eficácia geral ($t= 1,960$; $p=0,05$) - os pais de crianças/adolescentes com diabetes tipo 1 apresentam uma melhor auto-eficácia do que as mães. Para além disso, ao nível das estratégias de *coping*, apenas se encontram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao “Distanciamento” ($t= 2,204$; $p=0,03$) – as mães de crianças/ adolescentes com diabetes tipo 1 apresentam melhores esforços cognitivos de desprendimento e minimização dos problemas do que os pais. Constatou-se que o *coping*, na sua vertente procura de suporte social está relacionado de forma estatisticamente significativa com a idade da figura parental ($r=-0,212$; $p=0,04$) – à medida que a idade da figura parental aumenta, diminui a procura de suporte informativo e suporte emocional relacionado com o diagnóstico de diabetes nos seus filhos. Verificou-se que o número de episódios de hipoglicemia dos filhos está relacionado com as estratégias de *coping* adoptadas, nomeadamente com a resolução planeada do problema ($r=-0,232$; $p=0,03$) – quanto mais episódios de hipoglicemia ocorrem menores são os esforços por parte dos pais para alterar a situação; e procura de suporte social ($r=-0,244$; $p=0,02$) – quanto mais episódios de hipoglicemia ocorrerem, menor é a procura de suporte informativo e suporte emocional por parte dos pais. O número de episódios de hipoglicemia está também significativamente relacionado com a percepção de auto-eficácia ($r=-0,327$; $p=0,002$) – quantos mais episódios de hipoglicemia os filhos têm, menor é a percepção de auto-eficácia dos pais.

Os resultados do presente estudo vêm reforçar a importância de estudar e intervir ao nível das estratégias de *coping* e da percepção de auto-eficácia no contexto da saúde e das doenças.

Abstract

This work's purpose is to analyze the connection between general self efficacy and coping strategies adopted by parents of children/adolescents with diabetes type 1. One hundred parents of children/adolescents with diabetes type 1 participated in this study, adults of both gender (56 women and 42 men), aged between 27 and 53 ($M=38,45$; $DP=4,753$). Subjects answered to the Ways of Coping Questionnaire (Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos - QMLA) (Ribeiro & Santos, 2001) and to the General Self Efficacy Scale (Escala de Auto-eficácia Geral) (Ribeiro, 1995).

Study results show significant differences between gender to the general self efficacy scale ($t=1,960$; $p=0,05$) – fathers of children/adolescents with type 1 diabetes show a better self efficacy than mothers do. Moreover, to the coping strategies level, one can only find statistically significant differences regarding “Distance” ($t=2,204$; $p=0,03$) – mothers of children/adolescents with type 1 diabetes show better cognitive efforts of detachment and in minimizing problems than fathers do. It has been proved that coping, in its search for social support case is related to the age of the paternal figure in a statistically significant way ($r=-0,212$; $p=0,04$) – as paternal figure's age increases, search for information and emotional support related to the diabetes diagnose in their children decreases. It has been verified that children's number of hypoglycemic episodes is related to the adopted coping strategies, namely with the planned resolution of the problem ($r=-0,232$; $p=0,03$) – the more hypoglycemic episodes occur, the lower the parental effort is to change the situation; and social support search ($r=-0,244$; $p=0,02$) – the more hypoglycemic episodes occur, the lower the parental search for information and emotional support is. Hypoglycemic episodes' number is also significantly related to self efficacy's perception ($r=-0,327$; $p=0,002$) – the more hypoglycemic episodes occur in children, the lower self efficacy's perception in parents is.

This study results reinforce the importance of studying and intervening at the level of coping strategies and self efficacy's perception in the context of health and diseases.

Résumé

Le présent travail prétend analyser la relation parmi la perception de l'auto-efficace générale et les stratégies de "coping" adoptées par les parents des enfants/adolescents avec des diabètes type 1. Prés de 98 pères et mères des enfants/adolescents avec des diabètes type 1 ont participé dans le présent étude, adultes de tous les deux sexes (56 femmes et 42 hommes), à l'âge entre 27 et 53 ans ($M= 38,45$; $DP= 4,753$). Les participants ont répondu au questionnaire de manières de faire sa besogne avec les événements (Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos - QMLA) (Ribeiro & Santos, 2001) et à l'échelle de l'auto-efficace générale (Escala de Auto-eficácia Geral) (Ribeiro, 1995).

Les résultats de l'étude indiquent l'existence des significatives différences entre les sexes pour l'échelle de l'auto-efficace générale ($t= 1,960$; $p= 0,05$) – les pères des enfants/adolescents avec des diabètes type 1 présentent une mieux l'auto-efficace générale comparativement avec les mères. De plus, au niveau des stratégies de "coping", nous pouvons seulement trouver statistiquement des significatives différences relativement au "Distance" ($t= 2,204$; $p= 0,03$) – les mères des enfants/adolescents avec des diabètes type 1 présentent mieux efforts cognitif de dégagement et minimisent les problèmes d'une façon plus salubre comparativement avec les pères. Il y a été possible de constater que le "coping", à l'égard de support social, est rapporté d'une façon statistiquement significative avec l'âge de la figure parentée ($r= -0,212$; $p= 0,04$) – au fur et à mesure que l'âge de la figure parentée augmente, la recherche support informatif et du support émotionnable rapporté avec le diagnostic des diabètes dans ses fils diminue. Il y a été pareillement possible de vérifier que le nombre d'épisodes de "hipoglicemia" des fils est rapporté avec les stratégies de "coping" adoptées, nommément avec la résolution projectée du problème ($r= -0,232$; $p= 0,03$) – plus les épisodes de "hipoglicemia" moins sont les efforts des parents pour changer la situation ; et recherche du support social ($r= -0,244$; $p= 0,02$) – plus les épisodes de "hipoglicemia", moins est la recherche du support informatif et du support émotionnable pour la part des parents. Le nombre d'épisodes de "hipoglicemia" est aussi significativement rapporté avec la perception de l'auto-efficace ($r= -0,327$; $p= 0,002$) – plus les épisodes de "hipoglicemia" les fils ont, moins est la perception de l'auto-efficace des parents.

Les résultats de la présente étude viennent renforcer l'importance d'étudier et d'intervenir au niveau des stratégies de "coping" et de la perception de l'auto-efficace dans le contexte de la santé et des maladies.

Ao meu avô, Clemente Rocha (*In memoriam*)

Agradecimentos

Ao apresentar este trabalho não podia deixar de expressar os meus agradecimentos a todos aqueles que contribuíram de uma forma ou outra para a sua realização.

Aqui irei deixar algumas palavras, que por vezes não serão suficientes para traduzir tudo aquilo que senti na realização deste trabalho. Desde já, quero deixar um sincero pedido de desculpas àqueles que tenham sido importantes neste percurso e aqui não foram referenciados.

Os meus primeiros agradecimentos dirigem-se para todos os pais das crianças e adolescentes com diabetes tipo 1, que de livre vontade, decidiram participar neste estudo, permitindo assim a sua realização. Obrigado, sem eles nada seria possível.

À Professora Doutora Isabel Silva, pela orientação, disponibilidade e profissionalismo. Obrigada pelas sugestões e exigências que foram imprescindíveis para o meu crescimento como investigadora e pessoa. Agradeço ainda todo o apoio e incentivo.

A todos os meus Professores, sem excepção, que ao longo destes cinco anos transmitiram conhecimentos e fomentaram o desejo de percorrer novos caminhos.

Ao meus colegas, que durante estes cinco anos proporcionaram momentos inesquecíveis, de partilha de saberes e de partilha de emoções.

À Universidade Fernando Pessoa pela qualidade de ensino que proporcionou.

A todos os profissionais do C.H.E.D.V. – Unidade São Sebastião que permitiram que, de um modo ou de outro, este trabalho fosse possível, nomeadamente a equipa multidisciplinar do Serviço de Pediatria (Dir. Prof. Doutor Rui Carrapato), inclusive a secretária deste serviço, a Flor, bem como, a equipa multidisciplinar do Serviço de

Psiquiatria (Dir. Doutora Sara Mariano), nomeadamente à Dra. Zélia Malta, Psicóloga Clínica. O meu agradecimento sincero por toda a colaboração dispensada para a concretização deste estudo.

Aos meus pais, Rosa e Manuel, por proporcionarem em primeiro lugar esta experiência, sem eles não seria possível. Obrigado pelo vosso amor, obrigado por acreditarem em mim, obrigado por todos os incentivos naqueles momentos em que só me apetecia desistir... Os vossos sorrisos e palavras de grande saber foram a força que me alimentou ao longo deste percurso... Obrigado por estarem sempre aqui... A vocês agradeço aquilo que hoje sou... Amo-vos.

À minha irmã, Cláudia, por seres mais do que irmã... por seres mãe, amiga, companheira... enfim, por estares sempre aqui, por seres uma força e um exemplo para mim... Obrigado pelo apoio nos momentos menos bons desta caminhada e pela força transmitida fazendo-me perceber do quanto sou capaz... Obrigado pelo amor...Estás no meu coração!

Ao meu cunhado, Hugo, pelo seu carinho, amizade e pelos momentos de diversão que muitas vezes me ajudaram a ultrapassar situações menos boas.... Obrigado!

À minha sobrinha linda, Matilde, pelos seus “miminhos e sorrisos”, por seres uma princesa, por dizeres “Titi” e me fazeres sentir imensamente feliz... Minha princesa a “Titi” ama-te!

Ao meu namorado, Bruno, obrigado por estares ao meu lado e obrigado pelo teu amor! Sem dúvida a minha “muleta” ao longo destes cinco anos... Obrigado por me ouvires, por me apoiares, por sempre teres acreditado nas minhas capacidades, por estares sempre lá... Obrigado por seres quem és... Obrigado por todos os momentos que partilhamos, pelos carinhos, sorrisos, pelo amor e por me fazeres imensamente feliz...Meu Amor, mais uma vez obrigado por partilhares comigo a tua vida, juntos somos um só... Estás no meu coração!

A toda a minha família, em especial à minha Avó Felismina, Tia Marina, Tio Vitor e primos Marina e Vitor por todo o carinho e amor que me transmitiu ao longo deste percurso... Adoro-vos.

Aos meus amigos, Tareco e Maria João, por serem aqueles amigos de todos os momentos, por estarem presentes neste longo percurso... por serem verdadeiros amigos... Adoro-vos!

À minha “mana emprestada”, Ana Lua, que no início deste percurso de cinco anos foi uma ajuda imprescindível... Obrigada linda... Sabes que te adoro!

À pessoa que mais me ajudou nestes cinco anos de vida académica, à verdadeira companheira, a Mafalda. A ela tenho de agradecer o facto de aqui ter chegado, foi um pilar importante nesta caminhada... Foram as suas palavras repletas de saberes que nos momentos em que quis desistir, (... tantos foram esses momentos ...) me deram força para continuar. Mafalda obrigado por seres tu... Obrigada por me ouvires, por partilhares comigo sorrisos e lágrimas, por estares sempre aqui... Agradeço-te a amizade, o carinho, o apoio, todos os momentos bons e menos bons que jamais irei esquecer... Obrigado por tudo ao longo deste caminho que muitas vezes parecia não ter fim... Adoro-te.

A todos, sem excepção, o meu muito obrigado!

Índice

Introdução	1
I. Doença Crónica e Família	4
1.1. Doença Crónica	4
1.2. Família	7
II. Diabetes Mellitus	9
2.1. Definição	9
2.2. Prevalência da doença	10
2.3. Classificação e Complicações da diabetes mellitus	11
2.4. Reacção ao diagnóstico e Tratamento	13
2.5. Impacto da Diabetes na Família	16
III. <i>Coping</i>	20
3.1. Definição e Modelos de <i>Coping</i>	20
3.2. Estilos e Estratégias de <i>Coping</i>	22
3.3. <i>Coping</i> , Saúde e Doença	25
3.4. <i>Coping</i> , Diabetes e Família	26
IV. Auto-Eficácia	28
4.1. Definição	28
4.2. Modelos de Auto-Eficácia	30
4.3. Auto-Eficácia, Diabetes e Família	33
V. Estudo Empírico	35
5.1. Pertinência do estudo	35
5.2. Desenho da investigação	37
5.3. Objectivos do estudo	37
5.3.1. Objectivo geral	38
5.3.2. Objectivos específicos	38
5.4. Variáveis do estudo	39
5.5. Método	39
5.5.1. Participantes	39
5.5.2. Material	43
5.5.2.1. Questionário Sócio - Demográfico e Clínico	43

5.5.2.2. Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA)	44
5.5.2.3. Escala de Auto-Eficácia Geral	45
5.5.3. Procedimento	47
5.6. Resultados	49
5.7. Discussão	61
5.7.1. Limites do estudo e orientações para a prática	68
5.7.2. Conclusão	69
Referências	71

Índice de Quadros

Quadro 1- Distribuição dos participantes de acordo com o sexo	40
Quadro 2- Caracterização dos participantes – idade, escolaridade e número de sessões que participou	40
Quadro 3- Distribuição dos participantes de acordo com as alterações na rotina diária, frequência de grupos de apoio e familiares com diabetes tipo 1 ou 2.....	41
Quadro 4- Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de alterações na rotina diária	41
Quadro 5- Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil	42
Quadro 6- Caracterização dos filhos dos participantes – idade, tempo decorrido após o diagnóstico da diabetes, número de internamentos, valor da última hemoglobina e número de episódios de hipoglicemia	42
Quadro 7- Distribuição dos filhos dos participantes de acordo com a frequência de grupos de apoio e inscrição em associação de diabéticos	43
Quadro 8- Diferenças entre os dois sexos quanto ao <i>coping</i> e à auto-eficácia	50
Quadro 9- Correlação entre o <i>coping</i> e a auto-eficácia com o tempo decorrido após o diagnóstico	51
Quando 10- Correlação entre o <i>coping</i> e a auto-eficácia com a idade da figura parental	52
Quadro 11- Correlação entre o <i>coping</i> e a auto-eficácia com o número de internamentos	53

Quadro 12- Correlação entre o <i>coping</i> e a auto-eficácia com o número de episódios de hipoglicemia	54
Quadro 13- Diferenças entre familiares com e sem diabetes tipo 1 ou 2 quanto ao <i>coping</i> e à auto-eficácia	56
Quadro 14- Correlação entre o <i>coping</i> e a auto-eficácia com o número de sessões que frequentou	57
Quadro 15- Diferenças entre os pais relativamente à frequência ou não dos filhos no grupo de apoio	58
Quadro 16- Correlação entre o <i>coping</i> e a auto-eficácia com o valor da última hemoglobina (HbA _{1C})	59
Quadro 17- Diferenças entre os pais com e sem alterações na rotina diária quanto ao <i>coping</i> e à auto-eficácia	60

Índice de Figuras

Figura 1 - Diagrama de representação da diferença entre expectativas de eficácia e expectativas de resultado	32
Figura 2 – Variáveis em estudo	37

Índice de Anexos

ANEXO 1 – Questionário Sócio - Demográfico e Clínico

ANEXO 2 – Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA)

ANEXO 3 – Escala de Auto-Eficácia Geral

ANEXO 4 – Pedido de autorização à Comissão de Ética da Universidade Fernando
Pessoa

ANEXO 5 – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do C.H.E.D.V. –
Unidade São Sebastião

ANEXO 6 – Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

ANEXO 7 – Autorização do Conselho de Administração do C.H.E.D.V. – Unidade São
Sebastião

ANEXO 8 – Formulário de Consentimento Informado

Introdução

O presente estudo debruça-se sobre o *coping* e a auto-eficácia em pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1.

A escolha desta temática decore, em parte, por a diabetes mellitus ser considerada por muitos autores como uma epidemia mundial, que em 2003 afectava cerca de 194 milhões de pessoas, e que tem consequências importantes ao nível da saúde geral não só para o doente, mas também de toda a família (Falcão et al., 2008).

Actualmente, a diabetes tem suscitado grande interesse nos profissionais de saúde e de ciências humanas e sociais, devido ao elevado número de diagnósticos, bem como às suas implicações tanto no doente como no sistema familiar. As doenças crónicas, como a diabetes exigem aos doentes e familiares novas aprendizagens, novos estilos de vida e novas formas de lidar com os problemas (Neto, 2004). Assim sendo, parece-nos importante aprofundar os conhecimentos relativos aos familiares que directamente lidam com as crianças e adolescentes com o diagnóstico de diabetes, os seus pais.

A realização do estágio curricular em contexto hospitalar, no âmbito da Consulta Psicológica, nomeadamente a consulta de diabetes inaugural, e dos grupos de apoio da diabetes, tanto para crianças e adolescentes como para pais, foi o principal motor estimulador da escolha deste estudo, devido essencialmente ao contacto directo quer com as crianças e adolescentes com diabetes, quer com os seus pais. Assim, com base na curta experiência profissional e pessoal adquirida ao longo do estágio, consideramos pertinente estudar o *coping* e a auto-eficácia em pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1.

O conceito de *coping* tem sido amplamente estudado, e na literatura já é possível encontrar estudos que relacionem os estilos de *coping*, a saúde e as doenças (Endler, Parker & Butcher, 1993; Endler, Parker & Summerfeldt, 1996). Holahan e Moss (1987) definem este conceito como um factor que facilita a adaptação perante situações stressantes. Outra perspectiva define *coping* como esforços comportamentais e cognitivos ajustáveis a diversas situações, utilizando os recursos pessoais, que permitem ultrapassar as dificuldades externas ou internas causadoras de stress (Lazarus & Folkman, 1984). Na sua vertente psicológica, o *coping* está relacionado com os esforços

cognitivos e comportamentais, aos quais o indivíduo recorre para enfrentar as exigências internas ou externas provocadas por uma situação indutora de stress (Folkman, 1984). Para além disto, o *coping* acarreta também, uma vertente de processo dinâmico, o qual varia em função das diferenças individuais e nas diferenças que ocorrem ao longo da vida do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

A auto-eficácia tem vindo a revelar-se como uma variável de extrema importância na adequação de comportamentos relacionados com a saúde (Pereira & Almeida, 2004a). O conceito de auto-eficácia surge em Psicologia com Bandura (1977), que a define como: “o juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar actividades em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress” (p. 163). As crenças de auto-eficácia percebidas pelos indivíduos influenciam directamente o seu comportamento perante as adversidades (Pereira & Almeida, 2004a). A forma como cada indivíduo percepção a sua eficácia, pode ter efeitos diversos ao nível do comportamento, do pensamento e das emoções (Ribeiro, 1995). Os vários estudos realizados acerca da auto-eficácia revelam que esta funciona como um regulador do ser humano, promovendo também o seu bem-estar segundo quatro processos fundamentais: cognitivos, motivacionais, afectivos e selectivos (Bandura, 1997).

Na revisão da literatura efectuada constata-se efectivamente que o *coping* e a auto-eficácia podem constituir variáveis chave no contexto das doenças crónicas. No entanto, a maioria dos estudos realizados contemplam apenas os doentes não abrangendo o sistema familiar, nomeadamente os pais, daí surge a pertinência do presente estudo empírico com os pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1.

O presente estudo tem como objectivo principal aprofundar a relação entre o *coping* e a auto-eficácia dos pais das crianças e adolescentes com diabetes tipo 1.

A apresentação deste cumpre a estrutura seguidamente descrita. No capítulo I, será abordada a doença crónica e a família, explorando ambos os conceitos. Seguidamente, no capítulo II faremos uma caracterização da diabetes, quanto à definição, prevalência do problema, classificação e complicações, reacção ao diagnóstico e tratamento e por fim o impacto da diabetes na família. No capítulo III será abordado o *coping* quanto à sua definição e modelos, estilos e estratégias, a sua relação com a saúde e doença e a sua relação com a diabetes e com a família. No capítulo IV

será exposto a temática da auto-eficácia no que se refere à definição, aos modelos e a sua relação com diabetes e com a família. Por fim, no capítulo V será apresentado a pertinência, o desenho, os objectivos, as variáveis e o método do presente estudo empírico. Neste capítulo serão ainda descritos os resultados obtidos e a respectiva discussão, nomeadamente os limites do estudo e orientações para a prática, bem como a conclusão da presente investigação.

I. Doença Crónica e Família

A doença crónica é descrita como uma doença prolongada, que não tem cura, mas que necessita ser gerida (Blanchard, 1982). Actualmente, a doença crónica pediátrica apresenta uma elevada prevalência, que acarreta várias implicações não só para o desenvolvimento da criança, mas como também para as relações familiares (Castro & Paccinini, 2002).

A família exerce uma influência fundamental na criança, especialmente na criança que se encontra doente (Patterson, 1995). A integração psicossocial da criança doente, bem como o sucesso nas tarefas desenvolvimentais que se impõe nos distintos níveis de desenvolvimento, nomeadamente as que se referem à diferenciação e autonomia, podem ser prejudicadas pelos modelos familiares (Viana, Barbosa & Guimarães, 2007).

O papel da família no bem-estar da criança com diagnóstico de doença crónica tem vindo a ser alvo de estudo (Castro & Paccinini, 2002). A doença crónica é encarada como um factor gerador de stress que, para além de afectar o desenvolvimento normal da criança, afecta também as relações do sistema familiar (Castro & Paccinini, 2002). Na maioria das vezes, a rotina familiar sofre alterações devido às visitas ao médico, ao tratamento e também às hospitalizações (Castro & Paccinini, 2002).

Todavia, a maior das mudanças que ocorre na vida da família, nomeadamente dos pais das crianças doentes, e a imprevisibilidade da doença, que faz aumentar o receio de morte e o medo de separações, no entanto, todos estes factores podem ser diminuídos se existir apoio social acima de tudo, se existi partilha entre o casal (Martins & Pires, 2001).

1.1. Doença Crónica

Na literatura é possível encontrar inúmeras referências acerca a doença crónica, daí a existir uma grande variedade e diversidade de conceitos. O diagnóstico de uma doença é sem dúvida um factor de sofrimento, que no caso particular das doenças crónicas é um sofrimento prolongado, contínuo e irreversível.

Rey (1999) descreve doença crónica, como uma doença que pertence a um grupo em que existe uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, causa patológica irreversível, exigem uma gestão do doente e da família para o tratamento, exigem um longo período de supervisão, observação e cuidados.

A doença crónica pode ser definida também, como uma doença de longa evolução, podendo ser progressiva e fatal, ou não progressiva e associada a uma sobrevivência relativamente normal (Whaley & Wong, 1999).

Duarte (1991) refere que a doença crónica é uma condição física prolongada e com gravidade que interfere em maior ou menor grau nas actividades diárias das crianças.

Recentemente, Phips (2003) define doença crónica, não como uma única realidade, mas uma denominação indeterminada que abrange doenças prolongadas, muitas vezes associadas a um certo grau de incapacidade.

Marinheiro (2002) refere que os aperfeiçoamentos realizados no âmbito dos conhecimentos médicos pediátricos permitiram a cura de doenças que anteriormente eram conhecidas como mortais, e permitiu também o prolongamento da vida de crianças em situações de doença crónica.

As várias características da doença crónica podem influenciar e aumentar o risco de desenvolvimento de perturbações patológicas bem como a adaptação à própria doença.

Quando estamos perante um diagnóstico ambíguo, quando não temos a situação bem definida, esta produz um impacto negativo na relação médico – doente e promove maior risco de aparecimento de perturbações psíquicas (Mrazek, 1996).

Relativamente à gravidade e funcionalidade, doenças que envolvem deficiências sensoriais ou motoras, resultante numa perda de autonomia por parte do doente, apresentam maior risco para perturbações psíquicas (Barros, 2003).

As doenças que implicam grande impacto nos outros, nomeadamente as doenças com grande visibilidade, poderão afectar o doente, sentindo-se desconfortável perante os outros (Golse, 1990). A sua evolução é também preponderante, pois as doenças que apresentam um curso mais previsível, que obriguem a necessárias hospitalizações, implicam maior risco para o desenvolvimentos de outras perturbações (Barros, 2003).

A idade de início da doença é também um factor importantíssimo. Quando a doença é diagnosticada na adolescência acresce a probabilidade de ser mais problemática, enquanto o diagnóstico feito na infância, a doença tende a ser encarada de forma mais natural (Barros, 2003). O início da doença na adolescência poderá ser perturbador pelo facto do diagnóstico implicar alterações na imagem corporal, na formação da identidade e na aceitação pelos pares (Mrazek, 1996).

A ideia que a família e a criança ou adolescente tem acerca da etiologia da doença, na qual elementos racionais e irracionais coexistem, poderá de alguma forma interferir na adaptação à doença. As doenças genéticas e as doenças cuja responsabilidade os pais atribuem a si mesmos (p.e. acidentes) são aquelas que muito provavelmente apresentam implicações problemáticas devido à culpabilidade que se origina nos pais (Mrazek, 1996). Muitas vezes, a necessidade de justificar a doença, leva os pais a culpabilizarem-se e sentirem-se revoltados, tal como o próprio doente, o que poderá por afectar de alguma forma a sua adaptação à doença (Barros, 2003).

A raridade origina, por vezes, mais dificuldades na adaptação, este problema é mais evidente num país como o nosso, em que se tem vindo a tornar relativamente frequentes a existências de casos únicos (Barros, 2003).

Um outro factor de risco para o desenvolvimento de perturbações psíquicas é o tratamento. As doenças que implicam tratamentos invasivos, hospitalizações ou na realização de tratamentos específicos em casa são impulsionadoras do desenvolvimento de perturbações psíquicas (Barros, 2003).

No caso específico da diabetes, embora não sendo uma rara e que não apresenta grande visibilidade perante os outros, é uma doença grave e que implica tratamento específico, com repercussões na vida do doente e no seio familiar (Almeida, 2000). A adaptação à doença não é um processo simples, e implica grande empenho e dedicação não só do doente como também dos seus pais ou cuidadores, principalmente quando falamos de doentes em idade pediátrica. Esta doença vai exigir aos pais o envolvimento diário nos cuidados a ter com os filhos principalmente na administração da insulina, na dieta recomendada, na monitorização dos valores de glucose no sangue, entre outros (Antónia & Zanetti, 2000). Os membros de toda a família, nomeadamente os pais, vão necessitar de procurar informação específica da doença, para adquirirem, assim, competências adequadas à gestão da mesma (Silva, 2006).

1.2. A Família

A família tem sido estudada por várias disciplinas científicas, o que torna possível encontrarmos diversas perspectivas (Alarcão, 2000).

Desde a antiguidade que o conceito de família tem sido alvo de alterações significativas, uma vez que se tem demonstrado adaptável às diversas e constantes mudanças políticas, económicas e sociais e às várias formas de organização da sociedade, consolidando assim, o seu carácter dinâmico (Menezes, 1999).

A família é vista como uma sistema, como um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações que estão em contínua ligação com o exterior, mantendo o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido ao longo de estádios de evolução diferenciados (Sampaio & Gameiro, 1985).

Podemos definir também a família como uma rede de relações na qual o comportamento de cada elemento influencia e é influenciado pelo comportamento de outros, compondo um processo de influências mútuas (Barker, 2000).

Serra (2000) considera que o conceito de família não deve ser encarado como um único, isto porque, actualmente existem vários tipos de família e não uma família tipo. Hoje em dia, há pessoas que vivem juntas mas não se encontram ligadas pelo matrimónio, há pessoa do mesmo sexo que vivem juntas, existem famílias monoparentais e famílias com crianças adoptadas.

No desenvolvimento e socialização da criança, a família ocupa um lugar privilegiado, pois exerce uma influência precoce e contínua, sendo encarada como geradora de oportunidades e de contactos com os outros (Bronfenbrenner, 1996).

A família pode assim ser considerada como uma sistema que se incluem em outros sistemas mais amplos, e que por sua vez, se inserem em sistemas ainda mais alargados (Alarcão, 2000).

Segundo Relvas (2000), é possível distinguir vários subsistemas familiares como: o sistema individual, o sistema parental, o sistema conjugal e o sistema fraternal. A forma como esses subsistemas se organizam e as relações que estabelecem entre si, dependem da organização familiar e da competência que esta possui de se auto-organizar quando as circunstâncias internas ou externas se alteram (Relvas, 2000).

A família é um sistema complexo que ao longo do tempo experiencia mudanças, que por sua vez requerem um método de adaptação que assegure o desenvolvimento psicológico e social dos elementos, desenvolve-se assim como uma unidade e favorecendo uma maior autonomia a cada elemento (Relvas, 2000).

Em suma, a família é, então, um sistema em constante actuação, cujo desenvolvimento se realiza através do ciclo vital que integra uma perspectiva desenvolvimentalista, assente num esquema de classificação em estádios que enunciam uma sequência previsível de mudanças, desde o nascer da família até à sua extinção (Relvas, 1999).

A família como já foi referido, é o principal pilar na formação e desenvolvimento da criança, assumindo responsabilidades ainda maiores quando se trata de uma criança com o diagnóstico de uma doença crónica como a diabetes, pois necessita de um acompanhamento diferenciado. Assim, a família, assumirá um papel importantíssimo no controlo, gestão e adaptação da criança ou adolescente à sua doença.

II. Diabetes Mellitus

Actualmente verifica-se uma diminuição substancial das doenças infecciosas, agudas, devido ao desenvolvimento do modelo biomédico e da sua aplicação no domínio da saúde pública, bem como às mudanças nos meios sociais, ambientais e culturais (Silva, 2003). Este facto tem levado a um aumento da esperança de vida entre as populações e a uma diminuição da taxa de mortalidade entre a população mais jovem (Silva, 2003). No entanto, as doenças crónicas, isto é, as doenças que não apresentam uma cura, têm vindo a aumentar a nível mundial (Silva, 2003).

A diabetes mellitus é uma doença crónica grave, que está documentada sensivelmente há 3500 anos, tendo passado de uma doença rara a uma verdadeira pandemia mundial (Graça, 2000). Estima-se que esta doença tenha um aumento substancial ao longo deste século, estando já associada a uma mortalidade prematura (Graça, 2000).

2.1. Definição

Segundo a World Health Organization [WHO] (2002), a diabetes mellitus é uma doença crónica que tem como causa uma deficiência, herdada ou adquirida, da produção de insulina pelo pâncreas, ou por uma incapacidade do próprio organismo em utilizar a insulina produzida. Esta doença pode ainda ser caracterizada por uma fraca capacidade do organismo em usar a sua principal fonte de energia, a glucose (Associação Protectora Diabéticos Portugal [APDP], 2000).

Os doentes com diagnóstico de diabetes apresentam assim, uma insuficiência ou ausência das células beta situados nos ilhéus de Langerhans (pâncreas), que, conseqüentemente, são incapazes de produzir insulina, provocando, por parte do fígado, uma falta de controlo na produção de glicose (APDP, 2000; Nunes, 1999).

A etiologia da diabetes mellitus é ainda bastante controversa e não consensual. Na literatura é possível encontrar três factores explicativos, os factores genéticos, os factores ambientais e os factores imunológicos. Os factores genéticos podem ser apoiados pelo facto de uma grande percentagem (entre 30% a 70%) dos segundos gémeos idênticos manifestarem a doença, após esta ter sido diagnosticado no primeiro

gémeo, e porque sensivelmente 6% dos irmãos ou da descendência de pessoas com diabetes tipo 1 também apresentarem a doença (Chase & Eisenbarh, 2004). O factor ambiental é sugerido pelo facto de nem todos os segundos gémeos idênticos apresentarem a doença, o que poderá demonstrar que infecções ou produtos químicos que são inseridos nas dietas poderão ser uma causa provável da doença (Chase & Eisenbarh, 2004). Por fim, o factor imunológico é evidenciado pela capacidade de um imunossupressor proteger o tecido dos ilhéus durante um ou dois anos quando administrado em doentes com diagnóstico recente (Chase & Eisenbarh, 2004).

2.2. Prevalência da doença

A nível mundial, a diabetes afecta sensivelmente 2% da população, prevendo-se que atinja ou supere os 3% nos próximos dez anos (Surgenor, Horn, Hudson, Lunt & Tennente, 2000).

Em 1998, a WHO anunciou publicamente que o número de doentes com diabetes nos países desenvolvidos irá aumentar, entre 1995 e 2025, 170%, isto é passará de 84 milhões de doentes com diabetes para 228 milhões. Em 2005, previa-se ainda que o maior leque de doentes diabéticos nos países desenvolvidos terá 65 anos ou mais de idade, e que nos países em desenvolvimento a faixa etária será entre os 40 e os 64 anos (WHO, 1998).

Em Portugal, a diabetes atinge cerca de 250.000 a 500.000 pessoas, correspondendo a uma prevalência de 3% a 5% da população (Almeida & Oliveira, 2000; Direcção Geral de Saúde, 1998; Vizzotto et al., 2006). Em 1996, a diabetes apresentava-se como uma doença que provoca graves sequelas quando não é controlada, e era considerada a quarta causa de morte (Serra, 1996). Actualmente, a diabetes continua a assumir um papel significativo nas causas de morte em Portugal, apresentando cerca de 4,1% em 2008 (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2009)

No que concerne à incidência da doença, estudos indicam que no Inverno e na Primavera, na faixa etária dos 10 aos 15 anos são os que apresentam maior incidência atingindo 0,1 a 0,4% dos indivíduos com diabetes tipo 1 (Nunes, 1999).

2.3. Classificação e Complicações da diabetes mellitus

Actualmente existe uma classificação para o diagnóstico da diabetes, realizada por dois grupos de trabalho apoiados pela WHO e pela American Diabetes Association (ADA), que reviram a antiga classificação de 1985, tendo como fundamentos os conhecimentos científicos adquiridos nos últimos 15 anos (Lisboa & Duarte, 2002). A actual classificação emprega um único critério para classificar os doentes, deixando de parte a designação de insulino dependentes e não insulino dependentes e a numeração romana, e extingue a classe relacionada com a má nutrição por considerar que não existem fundamentos causais entre a diabetes e a má nutrição (Lisboa & Duarte, 2002).

A classificação para o diagnóstico da diabetes distingue assim quatro tipos de diabetes: diabetes tipo 1; diabetes tipo 2, outros tipos específicos e diabetes mellitus gestacional (Lisboa & Duarte, 2002).

A diabetes tipo 1 caracteriza-se por destruição das células β , levando normalmente a insulina-carência absoluta (Lisboa & Duarte, 2002). Na diabetes tipo 2 pode ocorrer predominância de insulino-carência relativa até a um defeito secretor predominante com ou sem insulina-resistência (Lisboa & Duarte, 2002). Os tipos específicos contemplam defeitos genéticos das células β , defeitos genéticos na acção da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, infecções, formas infrequentes de diabetes auto-imune e outros síndromes genéticos associados à diabetes. Por último, a diabetes gestacional ocorre porque as hormonas produzidas pela placenta aumentam muitas vezes os níveis de glicose no sangue da futura mãe, e o pâncreas não é capaz de produzir insulina suficiente para manter nos níveis normais (Lisboa & Duarte, 2002). Salienta-se que este último tende a desaparecer após o nascimento do bebé (Lisboa & Duarte, 2002).

Ressalva-se no entanto, que os diferentes tipos de diabetes apresentam características comuns, como a baixa capacidade de metabolizar carboidratos, hiperglicémia (aumento da concentração de glicose no sangue) e glicosúria (excreção de quantidades excessivas de glicose na urina) (Kee, 1996).

A diabetes apresenta um quadro de sintomas que se mostram comuns à maioria dos doentes, tais como: polidipsia; poliúria; polifagia; xerostomia; prurido no corpo (principalmente nos órgãos genitais); visão turva (APDP, 2004; Lissaner & Clayden,

2002; Marcelino & Carvalho, 2005). Para além dos sintomas descritos anteriormente, pode ocorrer também enurese secundária, sépsis cutânea, candidíase e outras infecções (Lissaner & Clayden, 2002). Nas crianças, os sintomas da diabetes, por vezes, podem ser de difícil percepção, por exemplo, na criança pequena é difícil distinguir a polidipsia do “hábito de pedir água” (Pina, 1998).

Ao longo dos anos, sensivelmente 40% dos doentes com diagnóstico de diabetes desenvolvem complicações tardias da doença, em variados órgãos, e estas complicações nem sempre se detectam atempadamente (Silva, Pais-Riberio, & Cardoso, 2004). Torna-se, assim, essencial que os doentes com diabetes façam um controlo da doença para prevenir futuras complicações (International Diabetes Federation, 2003).

Segundo a APDP (2004), os doentes com diagnóstico de diabetes podem ter inúmeras complicações a nível micro vasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia), macro vascular (macroangiopatia e hipertensão arterial), neuro, macro e microvascular (pé diabético), e também complicações do foro sexual (disfunção sexual), bem como inúmeras infecções.

A hipoglicemia, a cetonúria e a cetoacidose são complicações agudas da diabetes (Chase & Eisenbrath, 2004). A hipoglicemia ocorre quando o nível de glicemia é inferior a 60 mg/dl, manifestando a pessoa sintomas como: fome; fraqueza; tremores; tonturas; cefaleias; alterações de comportamento; podendo chegar à perda de consciência ou convulsões originando lesões cerebrais ou morte, se não for tratada a tempo (Chase & Eisenbrath, 2004). A cetonúria e cetoacidose ocorre quando existe um nível elevado de corpos cetónicos por ausência de insulina, podendo o doente entrar em coma (APDP, 2004).

Aprofundando um pouco mais a diabetes tipo 1 (tendo em consideração o âmbito do presente estudo), que na antiga nomenclatura era designada por diabetes juvenil ou diabetes insulino-dependentes, é uma doença que se caracteriza pela destruição das células β (Chase & Eisenbarth, 2004; Duarte, 2002; Gimeno & Souza, 1998; Luescher & Berardo, 2004; Nunes 1999; Oppermann & Cassandra, 2001), no entanto, ainda não existe uma causa que consiga explicar este facto. Apenas é conhecido que é o sistema imunitário do doente diabético que ataca e destrói essas células (APDAP, 2004). A diabetes tipo 1 por norma é diagnosticada até aos 30 anos e ocorre sob a forma auto-imune (Duarte, 2002). O aparecimento da doença ocorre de forma

súbita levando o doente a recorrer aos cuidados de saúde, acabando por ser hospitalizado num período de pelo menos cinco dias (Martins & Pires, 2001).

Sendo este tipo de diabetes diagnosticado na maioria das vezes, durante a infância, cabe aos pais, numa primeira fase, aprender a prestar os cuidados terapêuticos necessários até que o filho tenha autonomia suficiente para os fazer sozinho (Martins & Pires, 2001). Devido às características específicas da própria doença, esta caracteriza-se como uma das mais exigentes doenças crónicas, tendo de existir actuação a vários níveis e contextos de vida da criança, mas também dos próprios cuidadores e restante família (Martins & Pires, 2001). O impacto que a doença tem no doente, como a adaptação deste à mesma, será influenciado em grande medida pelo sexo, idade e pelo ambiente familiar (Martins & Pires, 2001). A família revela-se assim, um dos principais pilares para a criança ou adolescente diabético na adaptação à doença, bem como no controlo glicémico (Greca & Thompson, 1998).

2.4. Reacção ao diagnóstico e Tratamento

Com o diagnóstico da diabetes mellitus, é comum o aparecimento de várias crises pessoais. O doente diabético, numa primeira fase pode revelar sintomatologia ansiosa e depressiva, raiva, frustração, medo, isolamento, e negativismo perante o futuro (Casalenuovo, 2002; Rubin & Peyrot, 1996). No entanto, a maior fratria destes doentes acaba por ultrapassar esta fase no prazo de um ano (Casalenuovo, 2002).

Para além do impacto no doente, o diagnóstico da diabetes fragiliza também a família, apresentando-se como factor de stress (Silva, 2006). Após o diagnóstico é aconselhável que os membros da família procurem informação acerca da doença, para assim adquirirem competências para a melhor gestão da mesma, que na maioria das vezes, acaba por trazer mudanças indesejáveis nas rotinas da família e na forma como vivem (Silva, 2006). Para além destes factores, os factores económicos, a ansiedade, as crises de hipo e hiperglicemia e o medo das complicações futuras da doença, podem também revelar-se fontes de stress que poderão afectar toda a família (Silva, 2006).

A literatura aponta para a existência da influência do diagnóstico da diabetes na vida doméstica e nas relações familiares, essencialmente ao nível do stress no sistema familiar (Grant, 2001). Essa influência mostra-se mais elevada na relação conjugal ou

entre companheiros, principalmente se o doente com diagnóstico de diabetes for portador de complicações crónicas (Grant, 2001).

O tratamento da doença é também um factor determinante para a melhoria da qualidade de vida do doente. Após o diagnóstico, o doente dá início ao tratamento, que prevê uma nova aprendizagem relativamente ao estilo de vida (Caldeia, 2002). Sendo a diabetes uma doença crónica, por vezes torna-se complicado aprender todos os processos do tratamento, principalmente quando os doentes são crianças, tendo os cuidadores neste caso uma papel preponderante (Opperman & Cassandra, 2001). No caso dos adolescentes, os cuidadores funcionam como fontes de suporte, facilitando assim a aprendizagem dos jovens doentes (Chase & Eisenbarth, 2004).

Os principais objectivos do tratamento da diabetes são a compensação e controlo metabólico, bem como a prevenção das complicações agudas e prevenção ou atraso no desenvolvimento das complicações crónicas (American Diabetes Association, 2000a; American Diabetes Association, 2003a; 2003b; Pádua, 1998; Ruas, 1992b). Com o tratamento pretende-se que haja uma compensação metabólica e normalização dos valores da glicemia durante o dia, no entanto, actualmente, com as formas disponíveis para o tratamento da diabetes torna-se difícil obter um controlo glicémico excelente (American Diabetes Association, 2000a; American Diabetes Association, 2003a; 2003b; Pádua, 1998; Ruas, 1992b).

Tendo em conta que todos os indivíduos são diferentes, o tratamento da diabetes deve ser adequado a cada doente, todavia podem destacar-se algumas regras importantes para o tratamento da doença (American Diabetes Association, s.d.). Assim, a insulino-terapia, os cuidados alimentares, o exercício físico regular e a monitorização dos valores de glicose no sangue são factores comuns ao tratamento de todos os doentes com diabetes tipo 1 (Cox, Gonder-Frederick & Saunders, 1991; Pádua, 1998; Wing, Epstein, Nowalk & Lamparski, 1986).

A insulino-terapia actua permitindo que a glicose entre para as células, aumentando a capacidade do organismo em “queimar! mais glicose, e suspende a produção de corpos cetónicos (Chase & Eisenbarth, 2004). Existem actualmente três tipos diferentes de insulina que actuam de forma distinta: a insulina de acção rápida, de acção média e de acção lenta (Opperman & Cassandra 2001). Os doentes com diabetes tipo 1 têm de administrar estas injeções ao longo do seu ciclo de vida, tendo sem

consideração que os locais onde injectam a insulina devem ser variados de forma a evitar lesões da pele e do tecido celular subcutâneo, facilitando assim uma melhor absorção (Opperman & Cassandra 2001). A literatura descreve como locais mais frequentes para a administração da insulina a parte superior dos braços, as coxas, as nádegas e o abdómen (APDP, 2004; Oppermn & Cassandra, 2001). Alguns autores defendem, por um lado, que a injeção deve ser dada com um ângulo de 90° (Oppermn & Cassandra, 2001), enquanto outros defendem que se deve fazer uma prega na pela e a insulina deve ser administrada num ângulo de 45° (Lissaner & Clayden, 2002).

Para além das injeções de insulina, forma mais comum no tratamento da diabetes tipo 1, hoje em dia existem também as bombas de insulina, que acompanham o doente durante todo o dia e noite, e que através de um cateter central por via subcutânea, fazem uma libertação, previamente programada, dando resposta aos níveis de glicose no sangue (APDP, 2004; Opperman & Cassandra, 2001).

Relativamente aos cuidados alimentares é conveniente desenvolver um plano de refeições diárias que deve ser ajustado de acordo com os níveis de actividade que o doente irá desenvolver durante o dia, devem também cumprir intervalos de tempo regulares (Opperman & Cassandra, 2001). Todavia, este plano de refeições deve ser diversificado consoante cada doente, isto é, o plano alimentar deve ser criado tendo em conta cada indivíduo, os seus hábitos alimentares culturais e o seu estilo de vida (American Diabetes Association, 2000b; Ruas, 1992a). Assim, cada doente com diabetes deve eleger e conjugar os alimentos adequando-os às suas necessidades e deve adquirir hábitos alimentares saudáveis e equilibrados (APDP, 2004).

A prática de exercício físico regular na diabetes cumpre as mesmas funções do que nas pessoas que não têm esta doença, com a excepção de que aos doentes com diabetes traz algumas vantagens extras (Caldeira & Duarte, 2002). O doente com diabetes deve praticar exercício físico regular para que mantenha um crescimento e desenvolvimento adequado (Opperman & Cassandra, 2001), no entanto, deve evitar realizar exercício sozinho, devido à possibilidade de ocorrerem crises de hipoglicemia (Chase & Eisenbrath, 2004; American Diabetes Association, 2000a; Vinha & Medina, 1998). O exercício físico constituiu uma fonte de bem-estar para o doente, facilitando o aumento da sensibilidade à insulina, a manutenção do peso, o controlo da pressão arterial e os níveis de lípidos adequados na corrente sanguínea (Chase & Eisenbarth,

2004). Assim, a prática de exercício físico regular leva ao bem-estar físico e psíquico do doente com diagnóstico de diabetes, combatendo o stress psicossocial (APDP, 2004; Caldeira & Duarte, 2002).

Por fim, a monitorização é também um factor essencial no cuidado aos doentes com diabetes. Para que se possa administrar as doses correctas de insulina, e indispensável saber quais os níveis de glucose no sangue, que é conseguido através da medição com o glucómetro (máquina de medida da glucose) (Opperman & Cassandra, 2001). De forma geral, as medições são realizadas quatro vezes por dia, antes de cada refeição principal e ao deitar, de forma a ter uma melhor controlo dos níveis de glucose no sangue (Opperman & Cassandra, 2001). Todos os valores obtidos através das medições devem ser registados diariamente de forma que se possam analisar padrões e efectuar modificações nas doses de insulina (Chase & Eisenbarth, 2004).

O doente com diabetes é responsável por envolver-se no tratamento, sendo o agente central da gestão da doença (Silva, 2006). Sabendo que o tratamento da diabetes é excessivamente rigoroso e complexo, o doente terá de assumir as responsabilidades do mesmo durante toda a sua existência desde que é conhecido o diagnóstico (Amaral, 1997; Cox & Gonder-Frederick, 1992; Seabra, 1997; Vinha & Medina, 1998).

2.5. Impacto da Diabetes na Família

Segundo Barros (2003, p. 141):

A doença crónica afecta toda a vivência da criança e da família ao longo do desenvolvimento, pelo que periodicamente são colocados novos desafios, confrontadas novas frustrações, experimentados momentos de maior depressão ou desânimo, na maioria dos casos intercalados com épocas de maior adaptação e menor perturbação.

Entre saúde e a família existe uma ligação, todavia, as condições de vida podem comprometer a qualidade de vida da família e, conseqüentemente a sua saúde. Inúmeros problemas podem afectar directamente a saúde familiar, como os problemas de ordem

afectiva entre os cônjuges, problemas económicos, assistência e segurança na doença e o apoio à maternidade e à infância (Pinto, 1991).

Os problemas de saúde podem originar stress tanto para o doente, como para a sua família, e suscitar uma certa desorganização tanto no meio familiar como na própria dinâmica familiar (Duhamel, 1995).

O impacto que as consequências de aparecimento de uma doença crónica na família podem ser de diversos níveis como: económicos, sociais, somáticos, comportamentais, ou qualquer combinação entre eles (Marinheiro, 2002).

Segundo Whaley e Wong (1999), quando é feito o diagnóstico de uma doença crónica, independentemente da sua natureza, a família irá passar por uma sequência de estádios tais como: choque e negação, ajustamento e aceitação gradual. No entanto, os autores defendem que a passagem por estes estádios não é igual a todas as famílias no que concerne ao tempo que levam a ultrapassar cada um dos estádios, mas em todas as famílias é comum os sentimentos e emoções que expressam.

Para a família que enfrenta a doença crónica, todas as fases aparecem como um desafio, e as necessidades de busca de informação bem como as estratégias de *coping* que irão utilizar são distintas (Santos, 2001).

O primeiro estádio por qual a família passa é descrito por choque, descrença, e por vezes negação (Whaley & Wong, 1999). A negação neste contexto, é um acontecimento necessário, funcionando como amortecedor para evitar a desagregação, sendo uma resposta comum a qualquer tipo de perda (Whaley & Wong, 1999).

Seguidamente, a família passa pela fase do ajustamento, que é caracterizado pela admissão aberta de que a condição de doença existe (Whaley & Wong, 1999). Nesta fase é comum também o aparecimento de sintomatologia depressiva, perda de auto-estima, vergonha entre outros (Marinheiro, 2002).

Como já foi referido anteriormente, todas as famílias passam por estes estádios, no entanto, a vivência e o tempo que demora a passar por cada estádio é distinto para cada família.

A adaptação da família à doença crónica, é dependente de inúmeros factores, quer externos quer internos. Esses factores podem ser: a natureza da doença, as sequelas que lhe estão associadas, a idade e o sexo do doente, os papéis que a família desempenha, o nível sócio-económico, entre outros (Duhamel, 1995).

Focalizando-nos agora na doença crónica pediátrica, esta é encarada pela família da criança ou adolescente como uma doença grave, que consequentemente despoleta sentimentos de medo e angústia (Morgado, Pires & Pinto, 2000). A doença crónica é assim um factor que gera grande stress quer para a criança ou adolescente quer na vida dos seus pais (Morgado, et al. 2000).

A doença crónica na criança causa uma crise no seio familiar, embora a doença só ocorra na criança, todos os membros da família são afectados (MaCalla, & Santacrose, 1989). Este facto, irá exigir à família um ajustamento tanto ao nível da sua estrutura como dos papéis que desempenha, além disso podem ocorrer grandes mudanças em todas as áreas (MaCalla, & Santacrose, 1989).

O impacto da doença crónica na criança e adolescente e na sua família é o resultado da interacção entre três sistemas, a comunidade, a família e a própria criança, isto é, para se analisar o impacto da doença nas figuras parentais é necessário analisar a interacção entre os diferentes sistemas que envolvem a família (MaCalla, & Santacrose, 1989).

Os pais que enfrentam uma situação de doença crónica tornam-se verdadeiros especialistas em cuidar dos seus filhos, ajustando o seu estilo de vida à doença, para que assim lhes possam proporcionar uma melhor qualidade de vida (Balling, & McCubbin, 2001).

Reportando-nos ao caso específico da diabetes, tendo em conta o âmbito do presente estudo, a literatura aponta para que o impacto da diabetes sobre a família ocorra a diversos níveis como: comportamental, somático, social, económico, e que estes na maioria das vezes estão interrelacionados (Zanetti & Mendes, 2001). Os pais têm de se adoptar a um conjunto de estratégias específicas da diabetes como administrar a insulina, os cuidados alimentares, a monitorização dos valores, entre outros (Antónia & Zanetti, 2000).

A forma como a criança se irá adaptar a esta nova condição depende em grande parte também, da forma como os seus pais se adaptam (Martins & Pires 2001).

A presença da diabetes pode despoletar na vida dos pais graves conflitos, no entanto, com o progresso do tratamento, tanto a família como o próprio doente enfrentam situações de incerteza e descrença, intercaladas por momentos de aceitação, optimismo, perseverança e esperança (Santos, Zanetti, Otero & Santos, 2005).

Em suma, perante o surgimento de uma doença crónica independente da sua natureza, é necessário analisar as resposta das figuras parentais perante a doença, o que muitas vezes implica a vivência num estado de stress, que pode levar à desagregação familiar, influenciando assim, o processo de adaptação e ajustamento à doença (Trindade, 2000).

III. Coping

Segundo Ribeiro (2009, p. 28):

Na linguagem científica os investigadores, usam a palavra “*coping*”, “adaptação”, “confronto”, “gerir”, “lida com”, para se referir ao mesmo fenómeno. (...) A ideia de *coping* é antiga. Na biologia a investigação de Walter Cannon conduziu à descrição da resposta do sistema nervoso simpático de “fight or flight” ou luta ou fuga em português perante situações percebidas como ameaçadoras à segurança física ou emocional. Estudou-se portanto, associada ao stress como um modo de actuar que a generalidade dos organismos vivos utiliza para lidar com situações ameaçadoras.

3.1. Definição de Coping

O conceito de *coping*, embora seja difícil de definir, é descrito na literatura em termos de estratégias, estilos, respostas, cognições ou comportamentos. A palavra *coping* poderá ser traduzida para português com vários significados tais como: suportar, aguentar, lidar, confrontar. Todavia, o seu sentido científico está relacionado com a capacidade de resolver um problema que surja ou aguentar uma situação que se revele difícil (Serra, 2000).

Para aprofundar o conceito de *coping*, iremos utilizar a definição proposta por Lazarus e Folkman (1984), que refere *coping* como sendo um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança, para lidar com as exigências específicas que são avaliadas como ultrapassando ou excedendo os recursos de cada indivíduo (Folkman & Lazarus, 1991; Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986). Assim, para que o indivíduo possa responder às exigências do meio deve desenvolver estratégias de domínio ou controlo, e evitar ou aceitar as condições indutoras de stress (Folkman & Lazarus, 1988). Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen e Wadsworth (2001), conceptualizam o conceito da seguinte forma: (1) as respostas propostas pelo

indivíduo que procuram resolver a situação stressante entre o mesmas e as circunstâncias (*coping* instrumental), ou então: (2) as resposta direccionadas a várias emoções negativas que surgem devido ao stress (*coping* paliativo).

Para Lazarus (1993), o *coping* é um processo com propósitos bem exactos, no qual o indivíduo dirige as suas cognições e comportamentos com a intenção de resolver as fontes de stress e regular as reacções emocionais do *coping*. Embora a literatura apresente definições de *coping*, a ausência de consenso em conceptualizar o *coping*, tem gerado alguma confusão na utilização das medidas de avaliação, dificuldades em comparar estudos, entre outras (Compas, et al., 2001).

No que concerne às teorias clássicas que foram desenvolvidas nesta área, tiveram por base a experimentação animal e a psicologia do Ego. Lazarus e Folkman (1984) consideram que existe uma fraca relação entre o modelo animal e o *coping* humano. Para os autores, o *coping* humano integra as defesas intrapsíquicas e um *coping* cognitivo, o que faz com que este conceito seja encarado como um processo activo de transacção cognitiva, entre o indivíduo e o meio envolvente. Ainda segundo os mesmos autores, o *coping* humano não deve ser encarado como o resultado do domínio sobre o meio, pois muitas vezes as fontes de stress são incontroláveis, e introduzem, por sua vez, a dimensão humana de avaliação de situações.

Na sua vertente psicológica, o *coping* está relacionado com os esforços cognitivos e comportamentais, aos quais o indivíduo recorre para enfrentar as exigências internas ou externas provocadas por uma situação indutora de stress (Folkman, 1984). Para além disto, o *coping* acarreta também uma vertente de processo dinâmico, o qual varia em função das diferenças individuais e nas diferenças que ocorrem ao longo da vida do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

Sendo o *coping* compreendido como um processo de mudança, podemos dizer que o indivíduo não fica limitado a uma estratégia de *coping*, mas sim ao seu uso, que se vai alterando à medida que se desenvolvem as suas avaliações. Assim, o indivíduo pode iniciar o processo utilizando uma estratégia, e continuar o processo com outra estratégia, ou então, usando uma combinação de várias estratégias, à medida que a relação com o meio se altera (Scherer, Wiebe, Lutjer & Adams, 1988).

3.2. Estilos e Estratégias de *Coping*

Para uma melhor compreensão do conceito de *coping*, torna-se relevante fazer a distinção entre estilos e estratégias de *coping*.

Embora a literatura não seja consensual no que concerne à distinção entre estilos e estratégias de *coping*, podemos referir que, de uma forma geral, os estilos de *coping* estão relacionados com características de personalidade (Ryan-Wenger, 1992). Por sua vez, as estratégias de *coping*, têm sido vinculadas a factores situacionais, isto é, as estratégias de *coping* podem mudar de um momento para o outro, durante o decorrer de uma situação stressante (Folkman & Lazarus, 1980).

Os indivíduos desenvolvem formas habituais de lidar com o stress e estes estilos de *coping* podem influir as suas reacções perante novas situações (Carver & Scheier, 1994). Assim, os estilos de *coping* podem ser definidos como uma disposição a usar uma reacção de *coping* com maior ou menor intensidade (Carver & Scheier, 1994).

Todavia, os estilos de *coping* não prevêm a presença de traços subjacentes de personalidade que preparam o indivíduo a responder de uma ou outra forma, pelo contrário, os estilos de *coping* podem reflectir a disposição a responder de uma forma particular quando estão perante um conjunto específico de circunstâncias (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998).

De acordo com a literatura acerca do *coping*, várias conceptualizações ou tipologias que são apresentadas focam traços ou estilos de personalidade relacionados com o *coping* (Compas, 1987; Rudolph, Denning, & Weisz, 1995).

Mathews (1982) conceptualiza o comportamento Tipo A como um estilo diferenciado de *coping* com potencialidades incontroláveis. A ênfase é colocada em três componentes do padrão de comportamento A: luta competitiva, sentido de urgência e impaciência e agressividade-hostilidade (Mathews, 1982).

Na literatura é possível encontrar outras conceptualizações. Por exemplo, Miller (1981) distingue dois estilos de *coping*, designados por atento e desatento. O estilo atento usa estratégias que envolvem um estado de vigília, bem como uma predisposição para valorizar os aspectos negativos das experiências, procurando informações e visualizando a situação para que possa controlá-la (Miller, 1981). O indivíduo representante do estilo desatento apresenta um comportamento de desatenção, com

tendência a afastar-se das ameaças internas e externas, evita a informação e abandona a acção (Miller, 1981).

Band e Weisz (1988) propõem ainda outra distinção *coping* primário e secundário. O *coping* primário é utilizado com o objectivo de lidar com situações ou condições que se mostram objectivas, e o *coping* secundário envolve a capacidade do indivíduo em se adaptar às condições de stress (Band & Weisz, 1988).

A tipologia de *coping* passivo versus activo (Billings & Moss, 1984; Holahan & Moss, 1985), considera *coping* activo quando existem esforços de aproximação à fonte de stress, enquanto o estilo passivo evita a fonte de stress. Estes estilos mostram-se semelhantes ao da tipologia de aproximação versus evitamento, que inclui diversos tipos de estratégias de *coping* relacionadas com comportamentos de aproximação e evitamento da fonte de stress: busca de informação e evitamento de informação; focalização da atenção e distracção; passividade e actividade (Rudolph, et al., 1995).

Passando agora a nossa atenção para as estratégias *coping*, estas reflectem acções, comportamentos ou cognições usadas para lidar com uma situação indutora de stress (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986). As estratégias de *coping*, segundo Folkman e Lazarus (1980), podem ser classificadas em dois tipos, dependendo da sua função, o *coping* focado na emoção e o *coping* focado no problema.

O *coping* focado na emoção pode ser definido como um esforço para regular o estado emocional associado ao stress, dirigido ao nível dos sentimentos, sendo o seu objectivo modificar o estado emocional do indivíduo (Folkman & Lazarus, 1980). Por sua vez, o *coping* focado no problema é descrito como o esforço para actuar sobre a fonte de stress, na tentativa de modificá-la (Folkman & Lazarus, 1980). Esta estratégia tem como objectivo modificar o problema existente na relação entre o indivíduo e a situação causadora de stress, sendo essa acção direccionada interna ou externamente (Folkman & Lazarus, 1980). Quando o *coping* focado no problema é dirigido para uma fonte externa de stress, usa estratégias de negociação para resolver o conflito interpessoal ou solicita ajuda prática a outros indivíduos, quando é dirigido internamente, usa reestruturação cognitiva, como por exemplo, a redefinição do agente stressor (Folkman & Lazarus, 1980).

A forma como cada indivíduo irá usar as estratégias de *coping*, quer focadas no problema, quer focadas na emoção, depende de uma avaliação da situação na qual o

próprio indivíduo está envolvido (Folkman & Lazarus, 1980). Segundo esta teoria podem ser distinguidos dois tipos de avaliação, a avaliação primária, e a avaliação secundária. A avaliação primária diz respeito ao processo cognitivo através do qual os indivíduos analisam qual o risco envolvido numa determinada situação de stress. Por sua vez, a avaliação secundária verifica quais os recursos disponíveis e as opções para lidar com o problema. Nas situações avaliadas como inalteráveis os indivíduos tendem a usar estratégias de *coping* focado na emoção, enquanto em situações avaliadas como modificáveis, os indivíduos adoptam estratégias de *coping* focado no problema (Folkman & Lazarus, 1980).

A importância que é dada a cada estratégia de *coping*, quer focado no problema, quer focada na emoção pode variar em função da resposta a diferentes tipos de stress ou a diferentes momentos no tempo. Para Carver e Scheier (1994), as duas categorias são facilmente percebidas de início, no entanto, os seus efeitos podem ser confundidos. Assim, o *coping* focado na emoção pode facilitar o *coping* focado no problema por remover a tensão, como também, o *coping* focado no problema pode diminuir a ameaça, reduzindo a tensão emocional do indivíduo (Carver & Scheier, 1994). A literatura sugere que ambas as estratégias de *coping* são usadas em todos os episódios considerados stressantes, e que o emprego de uma ou outra, pode variar em termos de eficácia, dependendo dos diferentes tipos de stressores envolvidos (Compas, 1987).

Coyne e DeLongis (1986) apresentaram uma terceira estratégia de *coping*, aprofundada mais tarde por O'Brien e DeLongis (1996). Esta estratégia é focalizada nas relações interpessoais, nas quais, o indivíduo procura apoio no seu círculo social para a resolução da situação stressante. Esta estratégia tem como objectivo entender melhor o papel da personalidade e dos factores situacionais nas escolhas das estratégias de *coping* (Coyne & DeLongis, 1986; O'Brien & DeLongis, 1996).

O processo de *coping*, não pode ser encarado de forma simplista, pois, quando um indivíduo lida com um agente stressor, as estratégias de *coping* que utiliza são individuais, consecutivas e em combinações, assim, o impacto de uma estratégia de *coping* pode ser confundida pelos efeitos de outras estratégias (Beresford, 1994).

3.3. *Coping*, Saúde e Doença

“O coping tem-se afirmado como uma variável de estudo promissora na área da saúde e das doenças” (Silva, 2003, p. 104).

Na literatura é possível encontrar estudos que relacionem os estilos de *coping*, a saúde e as doenças (Endler, Parker & Butcher, 1993; Endler, Parker & Summerfeldt, 1996), e os diversos estudos sobre a forma como os indivíduos lidam com os problemas de saúde têm comprovado que algumas estratégias se mostram saudáveis na adaptação psicológica à doença (Macrodimitris & Endler, 2001).

Justin (1988) refere que são inúmeros os benefícios que podem advir da inclusão do *coping* na área da saúde e doenças. O autor refere que é essencial aprofundar os conhecimentos acerca do processo pelo qual o indivíduo procura alterar ou cessar o stress associado ao problema de saúde que está a viver.

Na área da Psicologia da Saúde, a atenção pela relação entre o *coping* e os problemas de saúde não é de agora, no entanto, tem-se observado nos últimos anos um aumento da convicção de que é a forma como os indivíduos lidam com o stress, e não o stress em si, que tem um papel fundamental no bem-estar psicológico, o funcionamento social e a saúde (Folkman & Lazarus, 1988; Justice, 1988).

Actualmente, os investigadores têm demonstrado grande interesse em estudar o *coping* e a saúde numa perspectiva situacional, isto é, procurar estudar o comportamento de *coping* próprio para problemas de saúde mais específicos, e não de uma forma geral (Endler, Parker, & Summerfeldt, 1998). Este elevado interesse tem um efeito directo no desenvolvimento de inúmeros instrumentos de avaliação de respostas de *coping* e doenças específicas como asma, cancro, distrofia muscular, dor, artite e SIDA (Endler, et al., 1998).

O impacto dos recursos de *coping* na saúde é compreendido na literatura por dois modelos, o modelo de efeito directo (os efeitos de *coping* actuam de uma forma benéfica na saúde psicológica perante factores de stress, como uma doença) e o modelo amortecedor (os efeitos de *coping* actuam como inibidores do stress na saúde). Penninx, et al. (1998) concluem que apesar das controvérsias teóricas, existe evidência empírica que favorece o reconhecimento dos dois modelos. Alguns recursos adaptativos e estratégias de *coping* funcionam como mediadores entre o stressor e a doença, sendo

como um canal através de qual os efeitos do stress podem ser atenuados (adaptação psicológica positiva) ou ampliados (adaptação psicológica negativa) (Roesch & Weiner, 2001).

Os doentes crónicos, incluindo os doentes com diagnóstico de diabetes, para além de lidarem com fontes de stress transitórias, também têm de enfrentar outras fontes de stress que se desenvolvem na base da indeterminação e ameaça ao bem-estar. Relativamente a esta área, a literatura apresenta estudos observacionais que relacionam as variáveis do *coping* e da adaptação. Um grande número desses estudos tem sido orientado para a análise da forma como os doentes crónicos lidam com os procedimentos invasivos da doença (Auerbach, 1989). No entanto, o grande objectivo na área da saúde relativamente às estratégias de *coping*, é perceber de que forma se poderá melhorar a capacidade dos doentes enfrentarem eficazmente as fontes de stress com que se confrontam ao longo da doença (Auerbach, 1989).

Em suma, os recursos de *coping* podem ser diferentes em indivíduos com doenças distintas (Penninx et al., 1998). Assim, os estudos realizados na área da saúde, permitem concluir que o treino de competências de *coping* cognitivas e comportamentais pode ser vantajoso tanto na prevenção como no tratamento de doenças crónicas (Justice, 1988).

3.4. Coping, Diabetes e Família

A diabetes é encarada como uma das doenças crónicas mais controláveis, no entanto continua a ter um grande impacto no funcionamento do doente, assim como nas mudanças e adaptações da família (Almeida, 2000).

O diagnóstico da diabetes em crianças e/ ou adolescente provoca um desequilíbrio emocional tanto nestes, como nos seus pais, e a forma como cada individuo lida com o stress provocado pelo diagnóstico varia em função da idade e maturidade (Kovacs & Feinberg, 1982). O início, o curso e o tratamento da doença podem constituir um facto gerador de stress que perturba a harmonia de todas as pessoas envolvidas, e que conseqüentemente implica mudanças no estilo de vida (Kovacs & Feinberg, 1982).

Kovacs e Feinberg (1982) referem que a adaptação à doença pode ser facilitada pela utilização de estratégias de *coping*. Essas estratégias pode ser por exemplo, o envolvimento da família na doença e/ou partilha de tarefas em relação à mesma, participação das crianças e/ ou adolescentes e seus cuidadores em grupos de apoio; aumento dos conhecimentos acerca da doença, uso de comportamento assertivo em relação ao meio social; reorganização da dieta alimentar (Kovacs & Feinberg, 1982).

Em muitos casos, tanto os doentes como a família, não actuam da forma mais correcta relativamente à doença, não cumprem as tarefas de auto-cuidados e mentem em relação aos resultados da auto-monitorização da glicemia (Kovacs & Feinberg, 1982). Esta é de facto uma estratégia utilizada, quando sabem que vão ser alvo de desaprovação ou crítica por parte de pessoas externas à família (Kovacs & Feinberg, 1982).

IV. Auto-eficácia

A auto-eficácia é um conceito amplamente estudado como uma variável de extrema importância na adequação de comportamentos relacionados com a saúde (Pereira & Almeida, 2004a). As crenças de auto-eficácia percebidas pelos indivíduos influenciam directamente o seu comportamento perante as adversidades (Pereira & Almeida, 2004a).

A forma como cada indivíduo pensa, sente e age é influenciada pela sua auto-eficácia. Baixos níveis de auto-eficácia estão intimamente associados à depressão, ansiedade e desamparo, por sua vez, bons níveis de auto-eficácia são “o caminho do sucesso” para ultrapassar as adversidades da vida (Morgado, Pires & Pinto, 2000).

4.1. Definição

O conceito de auto-eficácia surge em Psicologia com Bandura (1977), que a define como: “o juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar actividades em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress” (p. 163). Em 1986, esta definição foi modificada pelo mesmo autor que a descreve como um julgamento das potencialidades de um indivíduo para organizar e executar os trajectos de acção necessários para alcançar determinado tipo de desempenho. Bandura (1997) defende ainda que a auto-eficácia representa o acreditar nas capacidades de cada indivíduo para organizar e executar os trajectos necessários para produzir uma determinada acção.

A percepção de auto-eficácia facilita o comportamento e ajuda a mediar a transformação construtiva do comportamento (Smith, 1989), indivíduos com um sentimento de ineficácia encontram-se mais vulneráveis ao stress (Bandura, Pastorelli, Barbaranelli, & Caprara, 1999), por sua vez, indivíduos com sentimentos elevados de auto-eficácia, promovem reacções afectivas que surgem como guias e motores impulsionadores para a realização da acção (Pastorelli, et al., 2001). Salientamos que quando nos referimos a auto-eficácia, sendo este um conceito bastante versátil, é normal ocorrer diferentes formas de nomear o conceito de acordo com os autores: percepção de

auto-eficácia, expectativa de auto-eficácia e sentimento de auto-eficácia. Todavia, todas estas designações pretendem ter o mesmo significado.

Os vários estudos realizados acerca da auto-eficácia revelam que esta funciona como um regulador do ser humano, promovendo também o seu bem-estar segundo quatro processos fundamentais: cognitivos, motivacionais, afectivos e selectivos (Bandura, 1997).

As crenças de auto-eficácia são o resultado de um complexo processo de auto-persuasão relacionado com processos cognitivos resultantes de diversos conhecimentos adquiridos junto da família, do grupo de pares e da escola (Pastorelli, et al., 2001). A construção da percepção de auto-eficácia inicia-se desde cedo junto da família, pois esta é a primeira fonte de informação sobre eficácia (Pastorelli, et al., 2001). Depois da família, o grupo de pares e a escola são também fontes de informação sobre a eficácia essenciais (Pastorelli, et al., 2001).

O conceito de auto-eficácia aparece enquadrado na teoria de aprendizagem social de Bandura (1977), que ressalva a importância deste na compreensão da acção humana e dos processos de auto-regulação. Segundo esta perspectiva, o sentido de auto-eficácia é a chave de um exercício humano entre a estrutura causal envolvendo uma relação mútua entre o indivíduo, o meio e o comportamento (Bandura, 1986).

Outras teorias relacionadas com a auto-eficácia, concluem que se existirem altos níveis de eficácia, estes podem funcionar como motivadores para sucessos individuais de alto nível (Vancouver, Thompso, Tischner, & Putka, 2002). Assim, a auto-eficácia demonstra ser um conceito versátil e heurístico, que pode ser aplicado em diversas áreas e especialidades da psicologia (Pereira & Almeida, 2004).

É possível na literatura encontrar estudos que relacionam a auto-eficácia com o desenvolvimento intelectual (Bandura, Barbanelli, Caprara, & Pastorelli, 1996; Schunk, 2001), com a criatividade (Caprara, Scabini, Barbanelli, Pastorelli, & Bandura, 1998), com o desenvolvimento social e bem-estar (Caprara, et al., 1998), com as escolhas e desenvolvimento profissional (Bandura, et al., 1996; Lent & Brown, 2000), e com o funcionamento de saúde (Bandura, 1997).

A percepção de auto-eficácia serve assim, como função reguladora nas mais importantes transacções de vida, com especial interesse durante adolescência (Bandura, 1997). Assim, quanto mais precoce o indivíduo desenvolver um bom sentido de auto-

eficácia, mais cedo será capaz de desenvolver as suas próprias competências, fazer ouvir as suas opiniões e aspirações, e estará preparado para resistir às pressões do meio, conseguindo desviar-se das condutas anti-sociais (Bandura, 1997).

Na área da saúde foram realizados estudos que a relacionam a saúde à auto-eficácia. O'Leary (1992) refere que os indivíduos com elevada percepção de auto-eficácia escolhem mais facilmente comportamentos de promoção de saúde e alteram os comportamentos prejudiciais à sua saúde. Pajares e Urban (2006) apoiam esta ideia, referindo que a auto-eficácia promove a iniciação, adopção e manutenção de comportamentos promotores de saúde, assim como Correia (2004) acrescenta que baixos níveis de percepção de auto-eficácia determinam uma fraca adesão terapêutica. Segundo Bandura (1997) altos níveis de auto-eficácia estão relacionados com uma melhor saúde, maior realização pessoal e melhor integração social.

A percepção de auto-eficácia para além dos seus efeitos no comportamento do indivíduo, influencia também a motivação, os padrões de pensamento e os aspectos emocionais (O'Leary, 1992). Ribeiro (1995) afirma que quanto maior for a percepção de auto-eficácia, “mais vigoroso e persistente o esforço” (p.164).

Em suma, as expectativas de auto-eficácia, têm um papel preponderante na resposta do indivíduo perante uma fonte de stress, assim, os indivíduos que crêem possuir aptidões adequadas de confronto com determinado estímulo indutor de stress, apresentam menores níveis de ansiedade e uma baixa reacção fisiológica (O'Leary, 1992).

4.2. Modelos de Auto-eficácia

Em Psicologia várias teorias propõem que os indivíduos são motivados por expectativas sobre aquilo que conseguem fazer, como também, pelas suas expectativas sobre as consequências dos seus actos (Sanna, 1992). A teoria de Bandura (1997) sobre a auto-eficácia, sugere que, para um indivíduo se manter motivado, é necessário que tenha dois tipos diferentes de expectativas: a expectativa de eficácia e a expectativa de resultado.

A construção de auto-eficácia apresenta aspectos de um núcleo da Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1969, 1977, 1986, 1991, 2002, 2004). A Teoria Social Cognitiva

conceptualizou as expectativas de auto-eficácia relacionadas com os efeitos do pensamento auto-referente com funcionamento psicossocial (Bandura, 1977). Ainda nesta linha de pensamento, o comportamento do indivíduo não deve ser analisado de uma forma estanque, isto é, deve-se ter em conta a interacção deste com o meio circundante, os seus pensamentos e as suas acções (Bandura, 1977). Assim, a crença de auto-eficácia é organizada pela acção humana, pelos processos cognitivos, motivacionais, emocionais e de decisão (Bandura, 1977).

A Teoria Social Cognitiva elege a forma como o indivíduo sente, pensa e actua, como determinantes na construção e manutenção da auto-eficácia (Bandura, 1997). Quando estamos perante indivíduos com baixa auto-eficácia, estes apresentam também baixos níveis de auto-estima, acompanhados por pensamentos pessimistas sobre as suas acções e sobre o seu desenvolvimento pessoal, assim como estes baixos níveis de auto-eficácia podem contribuir para uma desmotivação por parte do indivíduo para a acção (Scholz, Dona, Sud, & Schwarzer, 2002). Em suma, os níveis de auto-eficácia contribuem de uma forma significativa para o nível de motivação e desempenho do indivíduo para a realização da acção (Bandura & Locke, 2003).

A Teoria Cognitiva de Aprendizagem Social sugere a presença de três tipos de expectativas: as expectativas de resultado da situação, as expectativas de resultado da acção e a percepção de auto-eficácia (Bandura, 1989). As expectativas de situação referem que as consequências são determinadas pelos acontecimentos ambientais, onde não existe intervenção humana (Bandura, 1989). As expectativas de resultado de acção são os resultados ou as consequências que advêm da própria acção (Bandura, 1989). Por fim, a percepção de auto-eficácia, focaliza-se na convicção pessoal quanto às competências para realizar um determinado resultado (Bandura, 1989).

A expectativa de eficácia é assim, a crença de que o indivíduo tem em conseguir realizar, com sucesso, o comportamento necessário para produzir um tal resultado, enquanto a expectativa de resultado é a avaliação que o indivíduo faz de que um determinado comportamento irá conduzir a um determinado resultado (Bandura, 1977) – ver Figura 1. Podemos concluir que a expectativa de eficácia está relacionada com factores internos e indivíduos, e que a expectativa de resultado aproxima-se mais de factores externos e ambientais (Bandura, 1986). Todavia, na realidade, não é possível

delimitar desta forma, uma vez que ambas actuam em conjunto, não sendo possível a segundo sem a primeira (Pereira & Almeida, 2004a).

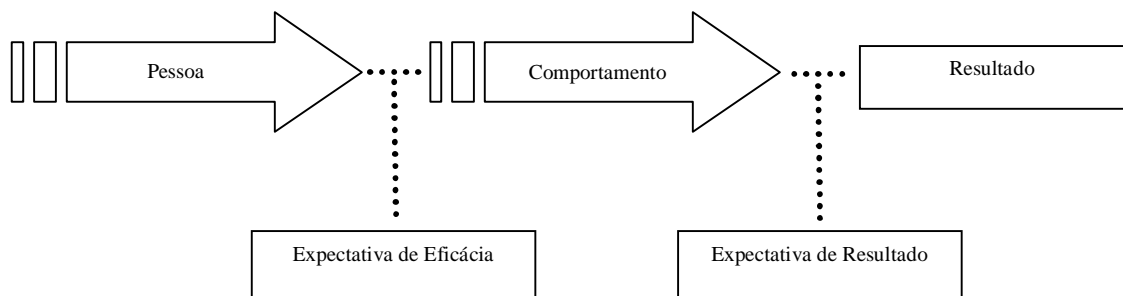


Figura 1. Diagrama de representação da diferença entre expectativas de eficácia e expectativas de resultado (Adaptado de “Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change”, de A. Bandura, 1977, *Psychological Review*, 84(2), 193).

Esta teoria contempla ainda quatro fontes de informação sobre a expectativa de eficácia: experiências de realização e desempenho pessoal; experiências vicariantes; persuasão verbal, estados emocionais e reacções fisiológicas (Bandura, 1977; Schunk & Hanson, 1985). Quando existem experiências de realização e desempenho pessoal que sejam atribuídas a sucessos do próprio indivíduo, são fomentadas para se repetirem novamente (Scholz, et al., 2002). As experiências vicariantes reúnem conhecimentos sobre a realização e o desempenho dos outros, que contribuem para a formação de expectativas de auto-eficácia (Neves & Faria, 2004). Relativamente à persuasão verbal podemos dizer que há quando por exemplo, um professor tranquiliza um aluno dizendo que este passará no exame, pois tem excelentes competências académicas (Scholz, et al., 2002). Por fim, os estados emocionais são importantes, pois quando estamos perante uma reacção ansiosa numa dada situação, o indivíduo poderá sentir-se incapaz de dominar essa mesma situação, não conseguindo concretizar o comportamento para obter um resultado (Scholz, et al., 2002).

Bandura (1977) propõe ainda três dimensões na auto-eficácia: a magnitude, a força e o grau de generalização. A magnitude está relacionada com o nível de dificuldade com que o indivíduo percepção a tarefa, a força relaciona-se com a intensidade da expectativa, isto é, expectativas fracas de auto-eficácia são facilmente extintas por experiências que contrariem essas expectativas, enquanto expectativas de

eficácia fortes levam o indivíduo a insistir nos seus esforços para ter sucesso na realização da tarefa, tendo em conta, que muitas dessas experiências não vão de encontro às suas crenças (Bandura, 1977). O grau de generalização prediz que certas experiências produzem expectativas circunstâncias, outras, pelo contrário desencadeiam um sentido de eficácia mais abrangente que vai para além da situação em questão, podendo ser generalizada (Bandura, 1977).

Em suma, a teoria da auto-eficácia está relacionada com teoria motivacional, pois apenas a atenção e retenção de informação não bastam para executar o comportamento, terá de existir por base motivação. Bandura (1986) realça as potencialidades das teorias behavioristas da motivação, principalmente aquelas que apelam aos mecanismos de recompensa e punição. No entanto, o autor refere que estas teorias apenas se preocupam em explicar a motivação para acção através de fontes externas, e que muitas vezes as situações imediatas requerem capacidades de auto-regulação que antecipem o comportamento.

4.3. Auto-eficácia, Diabetes e Família

Como já foi referido anteriormente, a diabetes é uma doença crónica e complexa, que requer um grande esforço por parte do dente, pois cabe a ele a responsabilidade pelos seus cuidados diários, mas para além deste, a família, principalmente os cuidadores são também elementos essenciais (Sousa, 2003).

O ambiente familiar está intimamente relacionado com o processo de autonomia desenvolvida pelas crianças e adolescentes diabéticos (Sousa, 2003). Sabendo que a família, em especial os cuidadores, desempenham um papel predominante no controlo da doença, nomeadamente quando nos referimos a crianças e adolescentes, é importante que estes apresentem bons níveis de auto-eficácia.

A relação entre os pais ou cuidadores e a auto-eficácia poderá assentar na definição de auto-eficácia (Bandura, 1977) e que elevados níveis de auto-eficácia promovem motivação e melhores desempenhos, quer pessoal quer profissional (Bandura & Locke, 2003). Os elevados níveis são também importantíssimos para o indivíduo quando se depara com uma situação geradora de stress (Bandura, 1977), pois demonstram estar mais preparados para a enfrentar.

Em suma, tendo por base as associações referidas anteriormente, provavelmente, os pais ou cuidadores que apresentem bons níveis de auto-eficácia, poderão gerir de uma forma mais eficaz a doença dos seus filhos.

V. Estudo Empírico

Neste capítulo será referida a justificação da escolha do tema do presente estudo, os seus objectivos, variáveis e respectivo método utilizado nesta investigação relativa ao coping e auto-eficácia em mais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1. Serão apresentados também os resultados e a respectiva discussão, nomeadamente os limites do estudo e orientações para a prática, bem como a conclusão da presente investigação.

5.1. Pertinência do estudo

O estudo empírico aqui apresentado propõe-se, ainda que humildemente, aprofundar o estudo da relação entre o *coping* e a auto-eficácia em ambos os pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1.

A diabetes é uma doença que, em 2030, poderá afectar 366 milhões de pessoas (Campos, 2006). Como doença crónica, a diabetes poderá ter consequências importantes ao nível da saúde geral do doente, da sua qualidade de vida e da qualidade de vida da sua família (Falcão, et al., 2008). As doenças crónicas como a diabetes exigem aos doentes e familiares novas aprendizagens, novos estilos de vida e novas formas de lidar com os problemas (Neto, 2004). Quando é diagnosticada a diabetes numa criança ou adolescente, este é sempre um factor de stress no seio familiar (Góes, Vieira & Junior, 2007). A família passa a ser fundamental no percurso da doença da criança ou adolescente, e a forma como a criança ou adolescente se adapta à doença é influenciada pelos padrões familiares (Viana, Barbosa & Guimarães, 2007). Neste sentido, considera-se de extrema importância aprofundar os conhecimentos relativos aos familiares que lidam directamente com as crianças, nomeadamente com os seus pais.

Este estudo foi assim levado a cabo com ambos os pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1. Não foi delimitada uma faixa etária concreta, para que assim pudéssemos incluir neste estudo todos os pais de criança e adolescentes com o diagnóstico de diabetes tipo 1 do C.H.E.D.V.- Unidade São Sebastião.

A realização do estágio curricular nesta unidade hospitalar, no âmbito da Consulta Psicológica, nomeadamente a consulta de diabetes inaugural, e os grupos de apoio da diabetes, tanto para crianças e adolescentes como para pais, foi o principal

motor estimulador da escolha deste estudo, devido essencialmente ao contacto directo quer com as crianças e adolescentes com diabetes, quer com os seus pais. Assim, com base na curta experiência profissional e pessoal adquirida ao longo do estágio, consideramos pertinente estudar o *coping* e a auto-eficácia em pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1.

A adaptação da família à doença crónica é dependente de inúmeros factores, quer externos, quer internos. Esses factores podem ser: a natureza da doença, as sequelas que lhe estão associadas, a idade e o sexo do doente, os papéis que a família desempenha, o nível sócio-económico, entre outros (Duhamel, 1995).

No caso específico da doença crónica pediátrica, esta é encarada pela família da criança ou adolescente como uma doença grave, que conseqüentemente despoleta sentimentos de medo e angústia (Morgado, Pires & Pinto, 2000). A doença crónica é, assim, um factor que gera grande stress quer para a criança ou adolescente, quer na vida dos seus pais (Morgado, et al., 2000).

Reportando-nos ao caso específico da diabetes, tendo em conta o âmbito do presente estudo, a literatura aponta para que o impacto da diabetes sobre a família ocorra a diversos níveis como: comportamental, somático, social, económico, e que estes na maioria das vezes estão inter-relacionados (Zanetti & Mendes, 2001). Os pais têm de adoptar a um conjunto de estratégias específicas inerentes à diabetes que podem de alguma forma perturba o funcionamento do sistema familiar (Antónia & Zanetti, 2000).

Perante o diagnóstico da diabetes tipo 1, é necessário analisar as resposta das figuras parentais perante a doença, o que muitas vezes implica a vivência num estado de stress, que pode levar à desagregação familiar, influenciando assim, o processo de adaptação e ajustamento à doença (Trindade, 2000).

Assim, a família é um factor determinante na doença crónica. E, por este motivo, torna-se pertinente perceber a forma como os pais encaram este facto, e a forma como lidaram com o diagnóstico dos filhos. Daí, a pertinência de estudarmos o *coping* e a auto-eficácia nos pais. Estudos revistos na literatura sugerem que o *coping* tem sido amplamente estudado relacionando-se com a saúde e com as doenças (Endler, Parker & Butcher, 1993; Endler, Parker & Summerfeldt, 1996). A auto-eficácia é também uma

5.3.1. Objectivo geral

Analisar a relação entre as estratégias de *coping* e auto-eficácia dos pais das crianças/adolescentes com diabetes tipo I.

5.3.2. Objectivos específicos

- a) Analisar se há diferenças estatisticamente significativas quanto às Estratégias de *Coping* adoptadas e a Auto-eficácia entre as mães e pais de crianças/adolescentes com diabetes tipo 1;
- b) Analisar se há uma relação entre Estratégias de *Coping*, Auto-eficácia e o tempo de diagnóstico da diabetes tipo 1;
- c) Analisar se há uma relação entre as Estratégias de *Coping*, Auto-eficácia e idade dos pais (mães e pais) de crianças/adolescentes com diabetes tipo 1;
- d) Analisar se há uma relação entre Estratégias de *Coping* e Auto-eficácia dos pais e o número de internamentos do jovem com diabetes tipo 1;
- e) Analisar se há uma relação entre Estratégias de *Coping*, Auto-eficácia e o número de episódios de hipoglicemia;
- f) Analisar se há diferenças estatisticamente significativas quanto às Estratégias de *Coping* e Auto-eficácia entre os pais com outros familiares com o diagnóstico de diabetes tipo 1 ou 2 e os pais sem familiares com diagnóstico da diabetes;
- g) Analisar se há uma relação entre Estratégias de *Coping*, Auto-eficácia e o número de sessões que os pais (mães e pais) das crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 assistiram;
- h) Analisar se há diferenças estatisticamente significativas quanto às Estratégias de *Coping* e Auto-eficácia entre os pais em que os filhos frequentam um grupo de apoio e os pais em que os filhos não frequentam um grupo de apoio;
- i) Analisar se há uma relação entre Estratégias de *Coping*, Auto-eficácia e o valor da última hemoglobina (HbA_{1C});
- j) Analisar se há diferenças estatisticamente significativas quanto às Estratégias de *Coping* e Auto-eficácia entre os pais que alteraram o seu dia-a-dia após ter sido

feito o diagnóstico de diabetes tipo 1 aos seus filhos, e os pais que mantiveram a sua rotina.

5.4. Variáveis do Estudo

No presente estudo as variáveis principais são:

- a) *Coping*, variável intervalar;
- b) Auto-eficácia, variável intervalar.

No que respeita às variáveis secundárias foram definidas as seguintes:

- a) Sexo da figura parental, variável nominal;
- b) Idade da figura parental, variável intervalar;
- c) Tempo decorrido após diagnóstico, variável intervalar.
- d) Número de internamentos após o diagnóstico, variável intervalar;
- e) Número de episódios de hipoglicemia, variável intervalar;
- f) Valor da última hemoglobina (HbA_{1C}), variável intervalar
- g) Familiares com diabetes tipo 1 ou 2, variável nominal;
- h) Número de sessões que frequentou no grupo de apoio, variável intervalar;
- i) Frequência dos filhos em grupos de apoio, variável nominal
- j) Alterações na rotina diária dos pais após o diagnóstico, variável nominal.

5.5. Método

5.5.1. Participantes

Este estudo utilizou o método de amostragem não-probabilística do tipo amostra por conveniência constituída por ambas as figuras parentais de crianças e adolescentes, utentes do C.H.E.D.E.V. – unidade São Sebastião, diagnosticadas com diabetes tipo 1.

A amostra, é assim constituída por 98 pais de crianças e adolescentes com diabetes, sendo 42 (42,9%) do sexo masculino e 56 (57,1%) do sexo feminino (Quadro

1), com idades compreendidas entre os 27 e os 53 anos de idade ($M= 38,45$; $DP= 4,753$) (Quadro 2).

Quadro 1: Distribuição dos participantes de acordo com o sexo

	<i>n</i>	%
Masculino	42	42,9
Feminino	56	57,1
Total	98	100

Relativamente à escolaridade, a média de números de anos de escolaridade é de 8,94 ($DP=3,711$), sendo que o mínimo é de 4 anos e o máximo de 17 anos de escolaridade (Quadro 2). No que concerne ao número de sessões que as figuras parentais assistiram verifica-se que o mínimo foi de 1 sessão e o máximo de 25 sessões ($M= 6,81$; $DP= 5,929$) (Quadro 2).

Quadro 2: Caracterização dos participantes – idade, escolaridade e número de sessões que participou

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Idade	38,45	4,753	27	53
Escolaridade	8,94	3,711	4	17
Número de sessões que participou	6,81	5,929	1	25

No que diz respeito às alterações na rotina diária, a maioria dos pais não alteraram a sua rotina diária (54,5%) (Quadro 3). Verifica-se também, que a maioria dos pais não frequenta grupos de apoio (53,1%) e que na sua família não têm outros familiares com diabetes tipo 1 ou 2 (52,9%) (Quadro 3).

Quadro 3: Distribuição dos participantes de acordo com as alterações na rotina diária, frequência de grupos de apoio e familiares com diabetes tipo 1 ou 2

	Alterações na rotina diária		Frequência de grupos de apoio		Familiares com diabetes tipo 1 ou 2	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	45	45,5	45	46,9	48	48,0
Não	54	54,5	51	53,1	52	52,0
Total	99	100	96	100	100	100

No entanto, relativamente aos pais que alteraram a sua rotina diária (45,5%) (Quadro 3), verifica-se que o maior cuidado com a alimentação representa a maioria dos casos (62,5%), seguindo-se os cuidados com a alimentação e implementação de regras (10,4%) (Quadro 4).

Quadro 4: Distribuição dos participantes de acordo com o tipo de alterações na rotina diária

	<i>n</i>	%
Alteração do horário laboral e do sono	1	2,1
Maior cuidado com alimentação	30	62,5
Alteração do horário de refeição e maior preocupação com o filho	4	8,3
Maior preocupação com alimentação e estado de saúde/ informação aos familiares sobre a doença	3	6,3
Alteração a nível escolar e alimentar/ maior cuidado com a saúde/menor informação acerca da doença	1	2,1
Alteração nos horários das refeições e de dormir	1	2,1
Maior preocupação com o filho	1	2,1
Cuidados com a alimentação e no controlo dos valores de glicemia/ maior preocupação quando o filho está na escola	2	4,2
Cuidados com a alimentação e implementação de regras	5	10,4
Total	48	100

No que se refere ao estado civil das figuras parentais, os casados/união de facto representam a maioria (85,0%), seguindo-se os divorciados/ separados (11,0%) (Quadro 5).

Quadro 5: Distribuição dos participantes de acordo com o estado civil

	<i>n</i>	%
Solteiro (a)	2	2,0
Casado (a)/ União de facto	85	85,0
Divorciado (a)/ separado	11	11,0
Viúvo	2	2,0
Total	100	100

Relativamente aos seus filhos com diabetes tipo 1, verifica-se que apresentam idades compreendidas entre os 4 e 17 anos ($M= 9,91$; $DP= 3,388$) (Quadro 6). Quanto ao tempo decorrido após o diagnóstico de diabetes, constata-se que a média é de 28,50 meses ($DP= 21,554$), sendo que o mínimo é de 1 mês e o máximo de 84 meses (Quadro 6). No que diz respeito ao número de internamentos, a média de internamentos é de 1,17 ($DP= 1,744$), sendo que o mínimo é de 0 internamentos e o máximo de 9 internamentos (Quadro 6). No que se refere ao valor da última hemoglobina (HbA_{1C}), a média é de 8,9310 ($DP= 3,29924$), sendo que o mínimo é de 2,06 e o máximo de 27,0 (Quadro 6). Relativamente aos episódios de hipoglicemia constata-se que a média é de 2,82 episódios de hipoglicemia ($DP= 2,114$), sendo que o mínimo de episódios é 0 e o máximo de 8 episódios de hipoglicemia (Quadro 6).

Quadro 6: Caracterização dos filhos dos participantes – idade, tempo decorrido após o diagnóstico da diabetes, número de internamentos, valor da última hemoglobina e número de episódios de hipoglicemia

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Idade	9,91	3,388	4	17
Tempo decorrido após o diagnóstico da diabetes	28,50	21,554	1	84
Número de internamentos	1,17	1,744	0	9
Valor da última hemoglobina (HbA_{1C})	8,9310	3,29924	2,06	27,0
Número de episódios de hipoglicemia	2,82	2,114	0	8

No que concerne à frequência de grupos de apoio constata-se que a maioria das crianças /adolescentes frequenta grupos de apoio (69,0%) (Quadro 7). Relativamente à inscrição em associações de diabéticos verificamos que 60,6% das crianças /adolescentes estão inscritos em associações de diabéticos (Quadro 7).

Quadro 7: Distribuição dos filhos dos participantes de acordo com a frequência de grupos de apoio e inscrição em associação de diabéticos

	Frequência de grupos de apoio		Inscrição em associação de diabéticos	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	69	69,0	60	60,6
Não	31	31,0	39	39,4
Total	100	100	99	100

5.5.2. Material

No presente estudo foram administrados os seguintes instrumentos de avaliação: Questionário Sócio – Demográfico e Clínico (Anexo 1); Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (Ribeiro & Santos, 2001) (anexo 2); Escala de Auto-eficácia Geral (Ribeiro, 1995) (anexo 3). Foi também apresentado a todos os participantes um formulário, que visa a obtenção do seu consentimento informado (anexo 8). Segue-se a caracterização destes instrumentos.

5.5.2.1. Questionário Sócio - Demográfico e Clínico

Este questionário foi elaborado especialmente para esta investigação com o objectivo de recolher informação considerada pertinente para a caracterização dos participantes. O referido questionário consiste numa série de questões de resposta fácil e directa, permitindo aos inquiridos responderem num curto espaço de tempo.

Neste questionário foram abrangidas questões como: idade, sexo, estado civil, número de filhos, número de filhos diagnosticados com diabetes tipo 1, há quanto tempo foi diagnosticada a doença do filho, se frequentam algum grupo de apoio para

pais de crianças com diabetes, há quanto tempo frequentam o grupo de apoio, número de sessões frequentadas até ao momento, número de internamentos, número de episódios de glicemia, valor da última hemoglobina (HbA_{1c}), familiares com diabetes, se teve de alguma forma mudar o seu dia-a-dia por causa da doença do filho.

5.5.2.2. Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA)

A versão original deste questionário é da década de 70, denominado por “Ways of coping Questionnaire” que foi alterada designando-se “Ways of Coping Checklist”. A primeira versão continha 67 estratégias de *coping*, em que os indivíduos respondiam segundo duas opções de resposta “sim” e “não”, consoante a utilização ou não dessa estratégia perante o problema que estava a ser avaliado (Ribeiro & Santos, 2001).

Esta versão apresentava 66 itens de *coping* cognitivas e comportamentais dos 67 itens já contidos na versão “Ways of Coping Checklist” (Ribeiro & Santos, 2001). No segundo formato do questionário, as respostas dos sujeitos eram dadas numa escala ordinal de quatro posições, permitindo aos indivíduos pontuar entre 0-3, a frequência com que usavam cada uma das estratégias apresentadas (Ribeiro & Santos, 2001).

Os itens do questionário foram classificados em *coping* focado no problema e *coping* focado nas emoções (Folkman & Lazarus, 1980).

A versão portuguesa deste questionário foi desenvolvida por Ribeiro e Santos, em 2001. É um questionário que avalia estratégias de *coping*, que as pessoas empregam para lidar com situações de stress específicas. Este instrumento é destinado à população adulta em geral (Ribeiro & Santos, 2001).

Trata-se de um questionário de auto-preenchimento constituído por 48 itens, numa escala ordinal de 4 pontos, indicando com que frequência usam cada estratégia: 0- Nunca usei; 1- Usei de alguma forma; 2- Usei algumas vezes; 3- Usei muitas vezes (Ribeiro & Santos, 2001). A sua pontuação é feita numa escala de “0 a 3”, sendo o “0” indicado para “nunca usei” e o “3” usado para “Usei muitas vezes” (Ribeiro & Santos, 2001). A cotação deste questionário é realizada consoante cada subescala. Para saber qual é a pontuação do indivíduo em cada subescala soma-se a pontuação de cada item e divide-se pelo número de itens dessa mesma subescala (Ribeiro & Santos, 2001).

Os 48 itens distribuem-se em 8 dimensões: Coping Confrontativo (6 itens: 2; 3; 11; 19; 24; 35); Coping de Autocontrolo (6 itens: 6; 9; 25; 32; 42; 47; 48); Procura de Suporte Social (7 itens: 4; 11; 15; 20; 22; 31; 34); Assumir a Responsabilidade (3 itens: 5; 17; 40); Resolução Planeada do Problema (6 itens: 1; 18; 28; 37; 38; 41); Distanciamento (5 itens: 8; 10; 14; 30; 33); Fuga-Evitamento (7 itens: 7; 23; 29; 36; 39; 44; 45); Reavaliação Positiva (7 itens: 13; 16; 21; 26; 27; 43; 46); (Ribeiro, 2001). As oito dimensões podem agrupar-se em coping focado nas emoções e coping focado nos problemas (Ribeiro & Santos, 2001).

Nesta versão foram retirados dois itens da versão original, para conseguir alcançar valores satisfatórios dos Alphas de *Cronbach* sem interferir na validade de conteúdo (Ribeiro & Santos, 2001). As oito subescalas apresentaram valores de Alpha de *Cronbach* entre 0,65 e os 0,80. No presente estudo, o Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos apresenta uma consistência interna muito boa (alpha de *Cronbach* para a escala total de 0,955).

Os autores da versão portuguesa do questionário encontraram valores semelhantes à versão original no que concerne às qualidades psicométricas. Os valores encontrados revelam-se satisfatórios para a versão portuguesa (Ribeiro & Santos, 2001).

5.5.2.3. Escala de Auto-eficácia geral

A escala de auto-eficácia geral foi desenvolvida por Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs e Rogers, em 1982, com o objectivo de avaliar a auto-eficácia em jovens e adultos (Ribeiro, 1997).

A escala original inclui 23 itens, conservados após tratamento estatístico de uma *poule* original composta por 36 itens, escolhidos com base na validade de conteúdo (Ribeiro, 1995). Os autores escolheram uma solução factorial de dois factores, a que chamaram, ao primeiro “auto-eficácia geral” (com 17 itens) e, ao segundo “auto-eficácia social” (com 16 itens) (Ribeiro, 1995). Afirmam que o primeiro factor poderia ser subdividido em dois componentes que reflectem duas dimensões; a) iniciação e persistência e, b) eficácia perante a adversidade (Ribeiro, 1995). A escala originalmente era de tipo *Likert* de catorze pontos, mas na versão adaptada optou-se por sete pontos.

As respostas variam entre discordo totalmente (1) e concordo totalmente (7) (Ribeiro, 1995).

O estudo da adaptação da escala processou-se em dois momentos: primeiro o estudo piloto com 128 sujeitos, seguido de um estudo definitivo com 609 sujeitos, cerca de metade de cada sexo (Ribeiro, 2005). Inclui 15 itens com resposta *Likert* de sete pontos e após análise factorial foi escolhida uma solução com três factores que explica 57,6 e 52,9% da variância total, respectivamente no estudo piloto e definitivo (Ribeiro, 1995).

Com a adaptação deste instrumento, procedeu-se a uma análise de componentes principais com diversos métodos de rotação e diversas soluções factoriais tendo-se optado por uma solução ortogonal-varimax com três factores que incluía 15 dos 23 itens originais (um 16º item correspondia a uma segunda tradução de um mesmo item original e só uma foi escolhida, embora ambas as traduções possuíssem características psicométricas adequadas) (Ribeiro, 1995). Denominou-se primeiro factor “iniciação e persistência” (IP); o segundo, “eficácia perante a adversidade (EPA); o terceiro “eficácia social” (ES). A sub-escala definida pelo primeiro factor qualifica a apreciação que o indivíduo faz acerca da sua vontade para iniciar e para complementar uma acção; a segunda, a vontade para persistir numa actividade perante situações que são adversas; a terceira qualifica as suas expectativas perante situações sociais (Ribeiro, 1995).

O primeiro factor, iniciação e persistência (IP), incluiu seis itens (1,5,6,7,14,15); o segundo factor, eficácia perante a adversidade (EPA), incluiu cinco factores (2,4,8,9,12); o terceiro factor, eficácia social (ES), incluiu quatro itens (3,10,11,13) (Ribeiro, 1995).

As notas podem ser utilizadas como um perfil das diferentes sub-escalas ou como uma nota global. Quanto mais baixa a nota, menor a percepção de eficácia. A nota total e por dimensão corresponde à soma bruta dos itens (Ribeiro, 1995).

A nota de cada item corresponde ao valor de um a sete. O valor “1” é atribuído à letra “A” excepto para os itens invertidos; o valor “7” é atribuído à letra “G” excepto para os itens invertidos (3,4,5,7,8,9,10,12,14,15) (Ribeiro, 1995).

A análise da consistência interna, com recurso ao teste de alfa de *Cronbach* sobre resultados do estudo definitivo encontrou os seguintes valores de alfa de *Cronbach*: $\alpha = 0,80$ para o primeiro factor; $\alpha = 0,80$ para o segundo factor; $\alpha = 0,60$ para

o terceiro. O valor de alfa para a escala total com a amostra do estudo definitivo foi de 0,84, o que representa uma boa consistência interna (Ribeiro, 1995). No presente estudo, a EAEG apresenta, também uma boa consistência interna (alfa de *Cronbach* de 0,865).

5.5.3. Procedimento

Para a realização da presente investigação foi pedida autorização por escrito à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo 4) e ao Conselho de Administração do C.H.E.D.V. – Unidade São Sebastião, de Santa Maria da Feira (Anexo 5), tendo esta autorização sido diferida, por parte de ambas as instituições, para a realização do estudo (Anexo 6; Anexo 7).

A recolha de dados decorreu entre os meses de Julho e Novembro de 2009.

Todos os participantes foram convidados a participar no estudo e informados acerca dos objectivos e do procedimento da investigação, da garantia do anonimato, da confidencialidade e do acesso aos resultados, por via telefónica. Foi salientado que a participação nesta investigação era livre, havendo a possibilidade de não participar ou desistir em qualquer altura, sem terem qualquer tipo de represálias. A recolha de dados apenas foi realizada após o seu consentimento livre e esclarecido, por escrito, para participação na investigação (Anexo 8), como previsto pela Declaração de Helsínquia, que visa garantir o cumprimento das normas éticas da investigação clínica, a responsabilidade científica e profissional, o respeito pelos direitos humanos e pela dignidade da pessoa, a salvaguarda dos interesses do participante e a reputação da instituição em que é realizado o estudo (Silva, 2003).

Os dados clínicos (diagnóstico de diabetes) foram recolhidos a partir dos processos clínicos das crianças e dos adolescentes, antes de se iniciar a administração dos questionários. Foi realizada uma análise ao processo clínico de cada criança, sendo considerados como critérios de exclusão a existência de outra doença que não fosse a diabetes.

Relativamente à recolha de dados, os questionários foram enviados por carta, preenchidos individualmente por ambos os pais de crianças e adolescentes com diagnóstico de diabete no seu domicílio e posteriormente devolvidos, também por carta,

aos investigadores. A sua devolução não implicou qualquer custo aos participantes, uma vez que com os questionários, foram enviados também envelopes, já com selo, para posterior devolução destes. Os participantes que, ao serem contactos por via telefónica, aceitaram participar no estudo, contudo, posteriormente não devolveram por carta os questionários preenchidos, foram novamente contactados via telefónica, tendo os questionários sido administrados através desta via, com o consentimento informado destes.

No que se refere à ordem de administração, primeiramente foi obtido o consentimento informado, verbalmente e/ou por escrito, de seguida foi administrado o Questionário Sócio – Demográfico e Clínico, posteriormente o Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos, e por fim a Escala de Auto-eficácia geral.

O processamento e a análise estatística dos dados obtidos foram efectuados com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Salienta-se que os dados recolhidos foram informatizados para que a identidade dos participantes nunca seja revelada.

Os dados obtidos foram submetidos a tratamento estatístico: Teste *t-student* para analisar a relação das variáveis principais (*coping* e auto-eficácia) com as seguintes variáveis secundárias - familiares com diabetes tipo 1, alterações na rotina diária dos pais após o diagnóstico; Mann-Whitney para analisar a relação das variáveis principais com a variável secundária frequência dos filhos em grupos de apoio; Coeficiente de correlação de *Pearson* para analisar a relação das variáveis principais com as restantes variáveis secundárias - tempo decorrido após diagnóstico, idade da figura parental, número de episódios de hipoglicemia, número de sessões que frequentou no grupo de apoio e valor da última hemoglobina (HbA_{1C});

O teste *t-student* é utilizado para duas amostras independentes, sendo usado na comparação das médias de variáveis quantitativas em dois grupos, nas quais são desconhecidas as variâncias da população (Pestana & Gageiro, 2003).

O teste de Mann-Whitney é um teste não-paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável pelo menos ordinal medida em duas amostras independentes. Este teste é utilizado como alternativa ao *t-student* para amostras independentes ($n < 30$) (Maroco, 2007).

O coeficiente de correlação de *Pearson* (r) remete para a percentagem da variância de uma variável que pode ser prevista através do conhecimento dos resultados de uma segunda variável (Almeida & Freire, 2000). A intensidade e grandeza do coeficiente de correlação entre duas variáveis pode oscilar entre -1 e $+1$, sendo que o valor zero indica a inexistência de correlação, sendo esta mais perfeita conforme se aproxima da unidade. A correlação diz respeito à intensidade da relação entre as variáveis e à sua direcção. Quando os resultados oscilam no mesmo sentido a correlação é positiva e é negativa quando oscilam em sentido inverso (Almeida & Freire, 2000).

A significância usada neste estudo foi de $p=0,01$ ou $p=0,05$, visto serem os utilizados em estudos nas Ciências Sociais (Almeida & Freire, 2000).

5.6. Resultados

Os resultados expostos referem-se às análises estatísticas levadas a cabo com base nos dados recolhidos, dispostos de acordo com os objectivos que foram antecipadamente propostos.

Esta apresentação é de carácter unicamente descritivo, uma vez que a discussão dos resultados será efectuada posteriormente.

O **primeiro objectivo** formulado é: “Analisar se há diferenças estaticamente significativas quanto às estratégias de Coping adoptadas e Auto-eficácia entre mães e pais de crianças/ adolescentes com diabetes tipo 1”. Desta forma foi utilizado o teste *t-student* para analisar a relação entre as variáveis de contraste (coping e auto-eficácia) com a variável de agrupação (sexo da figura parental) (Quadro 8).

Quadro 8: Diferenças entre os dois sexos quanto ao coping e à auto-eficácia

	Sexo Masculino					Sexo Feminino		
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
EAEG	1,960	0,053	41	79,15	14,228	52	73,50	13,443
Auto-eficácia_IP	1,797	0,076	42	31,19	6,455	55	28,84	6,347
Auto-eficácia_EAP	2,255	0,026	42	28,29	5,256	54	25,85	5,239
Auto-eficácia_ES	0,824	0,412	41	20,02	4,536	54	19,33	3,639
QMLA_AC	0,758	0,450	40	1,075	0,5751	55	1,161	0,5238
QMLA_PSS	0,748	0,457	39	1,359	0,8482	54	1,476	0,5734
QMLA_FE	0,940	0,350	40	0,929	0,5423	54	1,042	0,6065
QMLA_RPP	1,257	0,212	41	1,045	0,6203	56	1,208	0,6429
QMLA_RP	1,193	0,236	40	1,182	0,7176	53	1,340	0,5556
QMLA_AR	0,396	0,693	41	0,927	0,7941	56	0,988	0,6933
QMLA_CC	0,969	0,335	39	0,791	0,4892	53	0,893	0,5096
QMLA_CD	2,204	0,030	40	0,770	0,5214	54	1,033	0,6078

Constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo da figura parental para a Escala de Auto-eficácia geral e para a sub-escala “Distanciamento”. Para a Escala de Auto-eficácia geral, verifica-se, que os pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 têm uma melhor auto-eficácia do que as mães de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1. No que concerne à sub-escala “Distanciamento” verifica-se que as mães de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 apresentam melhores esforços cognitivos de desprendimento e minimização dos problemas do que os pais.

Por seu turno não se verificam diferenças estatisticamente significativas para as restantes sub-escalas.

O **segundo objectivo** formulado é: “Analisar se há uma relação entre Estratégias de *Coping*, Auto-eficácia e o tempo de diagnóstico da diabetes tipo 1”. Para a verificação deste objectivo foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação, *r* de *Pearson*) para determinar a percentagem da variância (de uma variável

explicada pela outra) dos níveis de coping e auto-eficácia em função do tempo decorrido após diagnóstico das mães e pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 (Quadro 9).

Quadro 9: Correlação entre o coping e a auto-eficácia com o tempo decorrido após o diagnóstico

Tempo decorrido após o diagnóstico de diabetes tipo 1		
	<i>r</i>	<i>p</i>
EAEG	- 0,012	0,909
Auto-eficácia_IP	0,041	0,687
Auto-eficácia_EAP	- 0,070	0,493
Auto-eficácia_ES	0,083	0,416
QMLA_AC	- 0,081	0,432
QMLA_PSS	- 0,083	0,426
QMLA_FE	0,025	0,812
QMLA_RPP	- 0,206*	0,041
QMLA_RP	0,037	0,725
QMLA_AR	- 0,043	0,674
QMLA_CC	0,035	0,739
QMLA_CD	0,041	0,688

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

A partir dos resultados apresentados no Quadro 9, conclui-se que existe uma correlação estatisticamente significativa negativa entre a resolução planeada do problema e o tempo decorrido após o diagnóstico, ou seja, à medida que aumenta o tempo decorrido após o diagnóstico de diabetes nas crianças ou adolescentes diminui por parte dos seus pais os esforços focados no problema deliberados para alterar a situação em questão.

Por seu turno, não existe uma correlação estatisticamente significativa entre a auto-eficácia e o tempo decorrido após o diagnóstico de diabetes tipo 1.

O **terceiro objectivo** formulado é: “Analisar se há uma relação entre as Estratégias de *Coping*, Auto-eficácia e idade dos pais de crianças/ adolescentes com

diabetes tipo 1”. Assim foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação, r de *Pearson*) para determinar a percentagem da variância (de uma variável explicada pela outra) dos níveis de coping e auto-eficácia em função da idade da figura parental (Quadro 10).

Quadro 10: Correlação entre o coping e a auto-eficácia com a idade da figura parental

	Idade da figura parental	
	r	p
EAEG	0,047	0,650
Auto-eficácia_IP	0,122	0,230
Auto-eficácia_EAP	0,020	0,842
Auto-eficácia_ES	- 0,084	0,415
QMLA_AC	0,018	0,858
QMLA_PSS	- 0,212*	0,040
QMLA_FE	- 0,050	0,627
QMLA_RPP	- 0,073	0,475
QMLA_RP	- 0,197	0,055
QMLA_AR	- 0,181	0,073
QMLA_CC	- 0,053	0,613
QMLA_CD	0,100	0,334

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Constata-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa negativa entre a sub-escala “Procura de Suporte Social” e a idade da figura parental – à medida que a idade da figura parental aumenta, diminui a procura de suporte informativo e suporte emocional relacionado com o diagnóstico de diabetes nos seus filhos.

Por seu turno, não existe uma correlação estatisticamente significativa entre a auto-eficácia e a idade da figura parental.

O **quarto objectivo** formulado é: “Analisar se há uma relação entre Estratégias de *Coping* e Auto-eficácia dos pais e o número de internamentos do jovem com diabetes

tipo 1”. Desta forma, foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação, *r* de *Pearson*) para determinar a percentagem da variância (de uma variável explicada pela outra) dos níveis de coping e auto-eficácia em função do número de internamentos após diagnóstico (Quadro 11).

Quadro 11: Correlação entre o coping e a auto-eficácia com o número de internamentos

Número de internamentos após diagnóstico		
	<i>r</i>	<i>p</i>
EAEG	- 0,076	0,469
Auto-eficácia_ IP	- 0,068	0,509
Auto-eficácia_ EAP	- 0,055	0,592
Auto-eficácia_ ES	- 0,032	0,760
QMLA_AC	0,038	0,710
QMLA_PSS	0,043	0,680
QMLA_FE	0,211*	0,040
QMLA_RPP	- 0,050	0,628
QMLA_RP	- 0,026	0,801
QMLA_AR	0,083	0,414
QMLA_CC	0,103	0,326
QMLA_CD	0,084	0,416

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

No que se refere a analisar se o coping e a auto-eficácia dos pais está relacionado com o número de internamentos dos filhos após o diagnóstico de diabetes, verifica-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a sub-escala fuga-evitamento e o número de internamentos, isto é, à medida que aumenta o número de internamentos, maior são os esforços cognitivos e comportamentais para evitar os problemas relacionados com os mesmos.

Por seu turno, não existe uma correlação estatisticamente significativa entre a auto-eficácia e o número de internamentos após o diagnóstico de diabetes.

O **quinto objectivo** formulado é: “Analisar se há uma relação entre Estratégias de *Coping*, Auto-eficácia e o número de episódios de hipoglicemia”. Assim, foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação, r de *Pearson*) para determinar a percentagem da variância (de uma variável explicada pela outra) dos níveis de coping e auto-eficácia em função do número de episódios de hipoglicemia (Quadro 12).

Quadro 12: Correlação entre o coping e a auto-eficácia com o número de episódios de hipoglicemia

	Número de episódios de hipoglicemia	
	<i>r</i>	<i>p</i>
EAEG	- 0,327**	0,002
Auto-eficácia_IP	- 0,181	0,090
Auto-eficácia_EAP	- 0,282**	0,008
Auto-eficácia_ES	- 0,246*	0,023
QMLA_AC	- 0,203	0,061
QMLA_PSS	- 0,244*	0,025
QMLA_FE	- 0,026	0,813
QMLA_RPP	- 0,232*	0,030
QMLA_RP	- 0,180	0,101
QMLA_AR	- 0,080	0,461
QMLA_CC	0,018	0,875
QMLA_CD	- 0,020	0,852

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Constata-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa negativa entre a auto-eficácia geral e o número de episódios de hipoglicemia – quantos mais episódios de hipoglicemia ocorrerem com as crianças/adolescentes menor será a auto-eficácia geral dos seus pais.

Verifica-se, também, a existência de uma correlação estatisticamente significativa negativa entre a sub-escala “Eficácia perante a adversidade” e o número de

episódios de hipoglicemia – quanto mais episódios de hipoglicemia ocorrerem menor será a persistência perante a adversidade dos pais dos jovens com diabetes tipo 1.

Podemos ainda verificar, a existência de uma correlação estatisticamente significativa negativa entre a sub-escala “Eficácia social” e o número de episódios de hipoglicemia – quanto mais episódios de hipoglicemia ocorrerem com as crianças/adolescentes menor é a eficácia social dos seus pais.

Ainda, relativamente ao quinto objectivo, verifica-se também, uma correlação estatisticamente significativa negativa para as sub-escalas “Resolução planeada de problemas” – quanto mais episódios de hipoglicemia ocorrerem menores serão os esforços por parte dos pais para alertar a situação em questão, e para a “Procura de suporte social”- quanto mais episódios de hipoglicemia ocorrerem, menor é a procura de suporte informativo e suporte emocional por parte dos pais das crianças/ adolescentes com diabetes tipo 1.

O **sexto objectivo** formulado é: “Analisar se há diferenças estatisticamente significativas quanto às Estratégias de *Coping* e Auto-eficácia entre os pais com outros familiares com o diagnóstico de diabetes tipo 1 ou 2 e os pais sem familiares com diagnóstico da diabetes”. Desta forma foi utilizado o teste *t-student* para analisar a relação entre as variáveis de contraste (coping e auto-eficácia) com a variável de agrupação (familiares com ou sem diabetes tipo 1 ou 2) (Quadro 13).

Quadro 13: Diferenças entre familiares com e sem diabetes tipo 1 ou 2 quanto ao coping e à auto-eficácia

	Familiares com diabetes tipo 1 ou 2					Familiares sem diabetes tipo 1 ou 2		
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
EAEG	0,340	0,734	45	76,49	15,961	50	75,50	11,793
Auto-eficácia_IP	0,462	0,645	48	30,15	7,167	51	29,55	5,651
Auto-eficácia_EAP	0,640	0,523	47	27,30	6,079	51	26,61	4,530
Auto-eficácia_ES	0,663	0,509	45	19,89	4,276	52	19,35	3,788
QMLA_AC	1,516	0,133	48	1,042	0,5637	49	1,207	0,5093
QMLA_PSS	0,334	0,739	47	1,410	0,7748	48	1,458	0,6146
QMLA_FE	0,585	0,560	47	0,954	0,5973	49	1,023	0,5574
QMLA_RPP	0,350	0,727	48	1,122	0,6430	51	1,167	0,6412
QMLA_RP	0,905	0,368	47	1,219	0,6579	48	1,336	0,6064
QMLA_AR	2,123	0,036	48	0,799	0,7398	51	1,105	0,6944
QMLA_CC	0,272	0,786	47	0,855	0,5103	47	0,826	0,5012
QMLA_CD	0,484	0,630	47	0,881	0,6181	49	0,939	0,5541

No que se refere a analisar se o coping e a auto-eficácia dos pais varia em função de familiares com ou sem diabetes tipo 1, apenas se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas para a sub-escala “Assumir a responsabilidade”. Assim, os pais que não têm familiares com diabetes tipo 1 ou 2 reconhecem melhor o problema e esforçam-se mais no sentido de resolver a situação do que os pais com familiares com diabetes tipo 1 ou 2.

Por seu turno, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de pais com familiares e sem familiares com diabetes tipo 1 a auto-eficácia.

O **sétimo objetivo** formulado é: “Analisar se há uma relação entre Estratégias de Coping, Auto-eficácia e o número de sessões que os pais (mães e pais) das crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 assistiram”. Assim foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação, *r* de *Pearson*) para determinar a percentagem da variância (de uma variável explicada pela outra) dos níveis de coping e auto-eficácia em função do número de sessões que os pais (mães e pais) assistiram (Quadro 14).

Quadro 14: Correlação entre o coping e a auto-eficácia com o número de sessões que frequentou

Número de sessões que frequentou no grupo de apoio		
	<i>r</i>	<i>p</i>
EAEG	0,165	0,345
Auto-eficácia_IP	0,229	0,174
Auto-eficácia_EAP	0,180	0,292
Auto-eficácia_ES	0,186	0,284
QMLA_AC	- 0,011	0,950
QMLA_PSS	0,088	0,609
QMLA_FE	- 0,231	0,176
QMLA_RPP	0,187	0,274
QMLA_RP	- 0,017	0,921
QMLA_AR	- 0,051	0,769
QMLA_CC	0,170	0,343
QMLA_CD	- 0,137	0,432

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

No que se refere a analisar se o coping e a auto-eficácia dos pais está relacionado com o número de sessões que os pais (mãe e pai) a assistiram no grupo de apoio, verifica-se que não existe uma correlação estatisticamente significativa.

O **oitavo objectivo** formulado é: “Analisar se há diferenças estatisticamente significativas quanto às Estratégias de *Coping* e Auto-eficácia entre os pais em que os filhos frequentam um grupo de apoio e os pais em que os filhos não frequentam um grupo de apoio”. Desta forma foram utilizados o teste *t-student* para analisar a relação entre as variáveis de contraste (coping e auto-eficácia) com a variável de agrupação (filhos que frequentam ou não grupos de apoio) (Quadro 15), e o respectivo teste não paramétrico Mann-Whitney para grupos com $n < 30$ (Quadro 16).

Quadro 15: Diferenças entre os pais relativamente à frequência ou não dos filhos no grupo de apoio

	Filhos frequentam grupo de apoio					Filhos não frequentam grupo de apoio		
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Auto-eficácia_IP	1,214	0,232	69	30,43	5,460	30	28,47	8,119
Auto-eficácia_EAP	1,888	0,062	68	27,60	4,691	30	25,43	6,339
Auto-eficácia_ES	0,083	0,934	66	19,62	4,117	31	19,55	3,837
QMLA_AC	1,338	0,184	66	1,175	0,5171	31	1,018	0,5817
QMLA_RPP	2,124	0,036	68	1,235	0,6231	31	0,946	0,6388
QMLA_AR	0,092	0,927	68	0,961	0,7454	31	0,946	0,7050
QMLA_CC	1,262	0,210	63	0,0886	0,4498	31	0,747	0,5945
QMLA_CD	0,267	0,790	66	0,921	0,5795	30	0,887	0,6027

Quadro 16: Diferenças entre os pais relativamente à frequência ou não dos filhos no grupo de apoio (para grupos com n<30)

	Filhos frequentam grupo de apoio					Filhos não frequentam grupo de apoio		
	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
EAEG	841,500	0,350	66	77,11	12,045	29	73,38	17,255
QMLA_PSS	620,500	0,006	66	1,567	0,6835	29	1,133	0,6342
QMLA_FE	771,500	0,109	67	0,932	0,5307	29	1,123	0,577
QMLA_RP	664,000	0,017	66	1,385	0,6491	29	1,034	0,5230

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos filhos que frequentam grupos de apoio e o grupo dos filhos que não frequentam grupos de apoio no que respeita à auto-eficácia.

Por seu turno, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto às sub-escalas “Procura de suporte social”, “Resolução planeada de problemas” e “Reavaliação positiva”.

No que se refere à sub-escala “Procura de suporte social”, verifica-se que os pais em que os filhos frequentam grupos de apoio, procuram mais suporte informativo e

suporte emocional do que aqueles em que os seus filhos não frequentam grupos de apoio.

Relativamente à sub-escala “Resolução planeada de problemas” constata-se que o grupo de pais em que os seus filhos frequentam grupos de apoio apresentam mais esforços focados para a resolução dos problemas do que o grupo de pais em que os filhos não frequentam grupos de apoio.

No que concerne à sub-escala “Reavaliação positiva”, verifica-se que o grupo de pais em que os filhos frequentam grupos de apoio apresentam mais esforços para a criação de significados positivos, salientando o crescimento pessoal e maior crença religiosa, do que o grupo de pais em que os filhos não frequentam grupos de apoio.

O **nono objectivo** formulado é: “Analisar se há uma relação entre Estratégias de *Coping*, Auto-eficácia e o valor da última hemoglobina (HbA₁C)”. Para a verificação deste objectivo foi realizada a análise correlacional (coeficiente de correlação, *r* de *Pearson*) para determinar a percentagem da variância (de uma variável explicada pela outra) dos níveis de coping e auto-eficácia em função do valor da última hemoglobina (HbA₁C) (Quadro 17).

Quadro 17: Correlação entre o coping e a auto-eficácia com o valor da última hemoglobina (HbA_{1c})

Valor da última hemoglobina (HbA _{1c})		
	<i>r</i>	<i>p</i>
EAEG	0,050	0,674
Auto-eficácia_IP	0,184	0,110
Auto-eficácia_EAP	- 0,036	0,758
Auto-eficácia_ES	- 0,002	0,989
QMLA_AC	- 0,103	0,378
QMLA_PSS	- 0,096	0,417
QMLA_FE	- 0,036	0,760
QMLA_RPP	- 0,097	0,397
QMLA_RP	- 0,187	0,108
QMLA_AR	- 0,287*	0,011
QMLA_CC	- 0,161	0,175
QMLA_CD	- 0,020	0,863

*p≤0,05 ** p≤0,01

Constata-se a existência de uma correlação estatisticamente significativa negativa entre a sub-escala “Assumir e responsabilidade” e o valor da última hemoglobina (HbA_{1c}). Assim, quanto mais elevado é o valor da última hemoglobina, menor é o reconhecimento por parte dos pais do problema dos seus filhos, e em simultâneo, menor esforço para recompor a situação.

O **décimo objectivo** formulado é: “Analisar se há diferenças estatisticamente significativas quanto às Estratégias de *Coping* e Auto-eficácia entre os pais que alteraram o seu dia-a-dia após ter sido feito o diagnóstico de diabetes tipo 1 aos seus filhos, e os pais que mantiveram a sua rotina”. Desta forma, foi utilizado o teste *t-student* para analisar a relação entre as variáveis de contraste (coping a auto-eficácia) com a variável de agrupação (alterações no dia-a-dia) (Quadro 18).

Quadro 18: Diferenças entre os pais com e sem alterações na rotina diária quanto ao coping e à auto-eficácia

	Alterações na rotina diária					Sem alterações na rotina diária		
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
EAEG	2,300	0,024	42	72,43	15,262	52	78,92	12,120
Auto-eficácia_IP	1,918	0,058	45	28,53	7,197	53	31,00	5,519
Auto-eficácia_EAP	2,033	0,045	43	25,74	6,142	54	27,93	4,421
Auto-eficácia_ES	1,538	0,127	43	18,91	3,657	53	20,17	4,260
QMLA_AC	0,282	0,779	44	1,149	0,5433	52	1,118	0,5395
QMLA_PSS	2,882	0,005	43	1,658	0,7041	51	1,258	0,6408
QMLA_FE	0,205	0,838	45	1,013	0,5472	50	0,989	0,5935
QMLA_RPP	1,104	0,272	45	1,222	0,6386	53	1,079	0,6443
QMLA_RP	1,941	0,055	42	1,422	0,6215	52	1,170	0,6269
QMLA_AR	0,797	0,427	45	1,030	0,6884	53	0,912	0,7600
QMLA_CC	0,811	0,420	41	0,890	0,5064	52	0,804	0,5067
QMLA_CD	0,824	0,412	42	0,971	0,5853	53	0,872	0,5859

No que se refere a analisar se o coping e a auto-eficácia variam em função das alterações ou não na rotina diária, apenas se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de pais que alteraram a sua rotina diária e o grupo de pais que não alteraram a sua rotina diária relativamente à auto-eficácia geral e à sub-escala “Procura de suporte social”.

Assim, no que concerne à auto-eficácia, verifica-se que o grupo de pais que não tiveram alterações na sua rotina diária após o diagnóstico de diabetes dos seus filhos, apresentam uma melhor auto-eficácia de que o grupo de pais que tiveram de alterar a sua rotina diária após o diagnóstico.

Relativamente, à “Procura de suporte social” constata-se que o grupo de pais que tiveram alterações na sua rotina diária, procuram com maior intensidade suporte informativo e suporte emocional de que o grupo de pais que não alteraram a sua rotina diária.

5.7. Discussão

Na discussão, pretende-se efectuar uma síntese e análise crítica dos resultados, confrontando-os entre si e com o enquadramento teórico orientador do estudo, tentando enfatizar o seu significado e implicações.

Primeiramente, é de referir que no presente estudo não existe à partida um viés na selecção da amostra, uma vez que os participantes não foram escolhidos segundo determinadas características, tendo também estes a liberdade de não participar caso não o desejassem.

Com base no objectivo geral proposto neste estudo empírico confirma-se que o coping e a auto-eficácia são considerados variáveis importantíssimas no contexto da saúde e das doenças. Estes resultados vão ao encontro dos estudos efectuados por Endler, Parker e Butcher (1993), Endler, Parker e Summerfeldt (1996), que referem que os estilos de coping estão relacionados com a saúde e com as doenças, e que segundo Holahan e Moss (1987), pode facilitar a adaptação perante situações stressantes, como diagnóstico de uma doença crónica. Outros estudos relacionam também a auto-eficácia ao contexto da saúde e da doença, como sendo uma variável que influencia directamente o comportamento dos indivíduos perante adversidades (Ferreira & Almeida, 2004).

No que se refere aos objectivos específicos desta investigação, com o primeiro objectivo específico pretendia-se saber se existem diferenças estatisticamente significativas quanto às estratégias de coping e auto-eficácia relativamente ao sexo da figura parental. Os resultados demonstram que existe diferenças significativas entre o sexo da figura parental e a percepção de auto-eficácia, sendo o sexo masculino a obter melhores resultados. Verificou-se também diferenças significativas ao nível do coping, no que concerne à sub-escala “Distanciamento”, sendo o sexo feminino a apresentar mais esforços de minimização dos problemas. De facto, a literatura sugere que existem diferenças entre sexos e a escolha das estratégias de coping perante situações geradoras de stress. Os estudos apontam que as mulheres tendem a usar estratégias menos adaptativas do que os homens, a maioria das vezes as mulheres tendem a usar estratégias mais focadas na emoção, ou contrario dos homens que usam estratégias relacionadas com coping focado no problema (Miller, 1988).

O segundo objectivo pretendia averiguar a existência de uma relação entre o coping, e auto-eficácia e o tempo decorrido após o diagnóstico. Constatou-se que esta relação apenas se verificou relativamente ao coping, na sua sub-escala “Resolução Planeada de Problemas”, demonstrando que à medida que aumenta o tempo decorrido após o diagnóstico, diminui por parte das figuras parentais os esforços focados no problema para alterar a situação em questão. Estando o coping relacionado com um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências específicas que possam surgir na vida de um indivíduo (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986; Folkman & Lazarus, 1991), neste caso concreto o diagnóstico de diabetes num filho, o tipo de estratégias a utilizar pelos indivíduos altera-se ao longo do processo de resolução do problema (Scherer, Wiebe, Lutjer & Adams, 1988). Assim, não tendo por base literatura específica ao presente estudo, mas tendo em consideração as aprendizagens e contactos com esta temática ao longo do estágio curricular, verificamos que a maioria das crianças e adolescentes que já tinham diabetes tipo 1 à mais de um ano, os seus pais demonstravam baixos níveis de stress, revelando-se elementos chave na ajuda a pais em que o diagnóstico era mais recente. No entanto, ressalva que esta afirmação não tem por base evidência científica, mas sim, a experiência adquirida ao longo do estágio. Por esta razão, seria interessante e importante a realização de estudos futuros neste âmbito, podendo mesmo abarcar não somente a diabetes mas a doença crónica no seu todo.

O terceiro objectivo pretendia perceber se existe uma relação entre coping, auto-eficácia e a idade da figura parental. Verificou-se que a auto-eficácia não varia em função da idade da figura parental. No entanto, o coping, na sua vertente procura de suporte social está correlacionada com a idade da figura parental, à medida que a idade avança diminui a procura de suporte informativo e emocional. Estudos realizados referem que pais mais jovens revelam níveis mais elevados de stress face a doença crónica na criança ou adolescente do que os pais mais velhos (Pereira, 1996). O resultado acima descrito vai assim contra aquilo que é descrito na literatura, no entanto, devemos ter em consideração que os estudos não são relativos à problemática que é alvo de análise neste trabalho, mas sim a outras doenças crónicas que habitualmente aparecem na primeira e segunda infância. Assim, tendo em conta a pesquisa realizada, e concluindo que os estudos relativos ao coping e auto-eficácia em pais de crianças e

adolescentes com diabetes tipo 1 são escassos, considera-se pertinente que futuros estudos abordem esta temática.

O quarto objectivo pretendia analisar se existe uma relação entre coping, auto-eficácia e o número de internamentos. Constatou-se que de facto existe uma relação entre o coping, na sua vertente fuga-evitamento, e o número de internamentos. Verificou-se assim, que quanto maior o número de internamentos, maior são os esforços cognitivo e comportamentais, por parte das figuras parentais para evitar os problemas, usam mais estratégias de coping focadas da resolução do problema. Os resultados acima expostos podem reflectir uma adaptação menos adequada de estratégias de coping por parte das figuras parentais para a resolução do problema, o que não vai ou encontro da literatura. Pois, a literatura refere que a família, principalmente, as figuras parentais tendem a adoptar estratégias específicas de gestão da diabetes, permitindo uma melhor adaptação por parte dos pais à doença (Antónia & Zanetti, 2000).

O quinto objectivo visava averiguar se existe uma relação entre o coping, auto-eficácia e o número de episódios de hipoglicemia. Os resultados demonstram que existe uma correlação estatisticamente significativa entre a auto-eficácia geral, eficácia perante a adversidade e eficácia social com o número de episódios de hipoglicemia. Relativamente ao coping, verifica-se também uma correlação estatisticamente significativa na sua vertente, resolução planeada de problemas e procura de suporte social com o número de episódios de hipoglicemia. Assim, verifica-se que, quanto maior o número de episódios de hipoglicemia, menor é a auto-eficácia percebida pelas figuras parentais. O facto de ocorrerem um maior número de episódios de hipoglicemia, poderá reflectir-se na percepção de auto-eficácia das figuras parentais, uma vez que a auto-eficácia é a forma como o indivíduo percepção a sua capacidade em executar determinado comportamento (Bandura, 1997), estando o indivíduo de alguma forma mais vulnerável devido a um elevado número de situações stressantes (como a ocorrência de episódios de hipoglicemia), a sua percepção de eficácia poderá apresentar níveis mais baixos.

Relativamente à relação entre a resolução de problemas e o número de episódios de hipoglicemia, constata-se que, quanto maior o número de episódios de hipoglicemia, menor são os esforços por parte dos pais para resolver ou alterar essa situação. No que concerne à relação entre a procura de suporte social e o número de episódios de

hipoglicemia, verifica-se que quanto maior o número de episódios de hipoglicemia menor é a procura de suporte social. Os resultados expostos são contrários aquilo que era esperado, uma vez que pressupunhamos que, com o aumento dos episódios de hipoglicemia das crianças ou adolescente se promovesse o uso de estratégias de coping mais adaptativas para a resolução dos problemas. Como encontramos na literatura a família após um diagnóstico de doença crónica passa por inúmeras alterações que ocorrem em vários contextos de vida, e passam também a ter de adoptar um conjunto de estratégias facilitadoras da adaptação a esta nova condição (Antónia & Mendes, 2000; Zanetti & Mendes, 2001). As crises de hipoglicemia, entre outros factores podem também revelar-se fontes de stress que poderão afectar toda a família (Silva, 2006). No entanto, estes resultados podem dever-se ao facto das figuras parentais apresentarem desânimo apreendido.

O sexto objectivo pretendia verificar se existem diferenças significativas ao nível do coping e auto-eficácia entre os pais com e sem familiares com diabetes tipo 1 ou 2. Os dados obtidos revelam existir diferenças significativas ao nível do coping, na sua vertente assumir a responsabilidade. Assim, podemos concluir que os pais que não têm familiares com diabetes tipo 1 ou 2, reconhecem melhor o problema e esforçam-se mais no sentido de resolver a situação do que os pais que têm familiares na família com diabetes tipo 1 ou 2. Tendo por base os conhecimentos adquiridos ao longo do estágio, aquilo que observamos não vai de encontro aos resultados acima exposto. De facto, a experiência do estágio sugeria que as figuras parentais que tinham familiares com diabetes lidavam melhor com a doença e adaptavam mais facilmente, contrariamente às restantes figuras que não tinham familiares com diabetes. No entanto, voltamos a reforçar a ideia, que esta é uma afirmação baseada na experiência e conhecimentos adquiridos ao longo do estágio, de parte desta amostra, uma vez que a maioria dos participantes não frequentavam o grupo de apoio. Por outro lado, os resultados descritos podem dever-se ao facto de que quando os pais se deparam com a doença dos filhos não tendo outros familiares com a doença, estão perante algo que é “novidade”, e podem avaliar a situação de forma mais grave relativamente aos pais que não têm outros familiares com diabetes. Mais uma vez, refiro a necessidade de serem realizados estudos com os familiares de doentes diabéticos, uma vez que estes são escassos.

O sétimo objectivo visava analisar a relação entre o coping, auto-eficácia e o número de sessões que as figuras parentais assistiram no grupo de apoio. Os resultados demonstram que não existe estatisticamente significativa entre o coping, a auto-eficácia e o número de sessões que participaram. Embora os resultados acima descritos não se tenham revelado estatisticamente significativos, tendo por base a experiência e conhecimentos adquiridos ao longo do estágio, principalmente na condução dos grupos de apoio aos pais com filhos com diabetes parece-nos que, de facto, possa existir diferenças mediante o número de sessões que frequentaram. O grupo de apoio que conduzia tratava-se de um grupo aberto, abarcando pais que o frequentavam há um mês e pais que já frequentavam há três anos. Era notável a forma como estes tinham visões e encaravam a doença de formas distintas, era perceptível, que os pais que frequentavam o grupo há mais tempo encaravam a doença e as suas consequências associadas de uma forma mais controlável e com baixos níveis de stress (inerentes à própria condição que se encontravam. Estes resultados podem dever-se também, ao facto de que no presente estudo não terem sido utilizados instrumentos específicos da diabetes, pois os instrumentos encontrados específicos da diabetes era dirigidos aos doentes e não aos familiares.

Assim, seria pertinente a realização de futuros estudos nesta área, pois a maioria dos estudos encontrados acerca do coping e da auto-eficácia na diabetes, estudam a população doente e não os seus familiares. No entanto, estudos na literatura apontam para os benefícios da frequência de grupos de apoio, tanto da parte das crianças e adolescentes como da própria família, em particular dos pais (Pina, 2000).

O oitavo objectivo pretendia verificar se existe diferenças significativas ao nível do coping e auto-eficácia entre os pais em que os seus filhos frequentavam o grupo de apoio e os pais em que os seus filhos não frequentavam o grupo de apoio. Constatou-se que de facto existem diferenças ao nível do coping, na sua vertente de procura de apoio social, resolução planeada de problemas e reavaliação positiva e a frequência por parte dos filhos em grupos de apoio. Verificou-se que os pais cujos filhos frequentam grupos de apoio, procuram mais suporte informativo e emocional do que os pais em que os seus filhos não frequentam grupos de apoio. No que é relativo às diferenças entre a resolução planeada de problemas e a variável secundária em análise, conclui-se que os pais em que os filhos frequentam grupos de apoio apresentam mais esforços focados para a

resolução de problemas do que aqueles em que os seus filhos não frequentam grupos de apoio. No que concerne às diferenças entre a reavaliação positiva e os pais em que os seus filhos frequentavam o grupo de apoio e os pais em que os seus filhos não frequentavam o grupo de apoio, constatou-se que os pais em que os seus filhos frequentam grupos de apoio apresentam mais esforços para a criação de significados positivos e maior crença religiosa do que aqueles em que os seus filhos não frequentam grupos de apoio.

Em suma, conclui-se que os pais cujos filhos frequentam grupos de apoio apresentam estratégias de coping mais adaptativas do que os pais que os seus filhos não frequentam grupos de apoio.

De facto, são vários os benefícios encontrados na literatura que salientam a importância das crianças e adolescentes frequentarem grupos de apoio. Os grupos de apoio podem servir como meio de identificação por parte dos doentes, um local de expressão de sentimentos, oferecem apoio social relativo à doença e às suas limitações, ajudam a ultrapassar situações de isolamento social, entre outras (Almeida & Oliveira, 2000).

O nono objectivo pretendia analisar a relação entre coping, auto-eficácia e o valor da última hemoglobina (HbA_{1C}). Os resultados obtidos sugerem que existe uma correlação entre o coping, na sua vertente assumir a responsabilidade, e o valor da última hemoglobina. Constatou-se que, quanto mais elevado for o valor da hemoglobina, menor é o reconhecimento por parte dos pais do problema dos seus filhos, e em simultâneo, menor o esforço para recompor a situação. Este objectivo contraria o que é descrito na literatura, pois segundo Antónia e Zanetti (2000), as figuras parentais têm de adoptar um conjunto de estratégias específicas da diabetes para uma melhor condução da doença e ajustamento por parte dos seus filhos.

O décimo e último objectivo propunha analisar se existiam diferenças significativas quanto ao coping e auto-eficácia entre os pais que alteraram o seu dia-a-dia após o diagnóstico e os que não tiveram qualquer alteração. Os dados obtidos demonstram que existem diferenças significativas entre o coping, na sua vertente de procura de suporte social, e a auto-eficácia geral entre os pais que alteraram o seu dia-a-dia após o diagnóstico e os que não tiveram qualquer alteração. Verifica-se que os pais em que não ocorreu qualquer alteração no seu dia-a-dia apresentam melhor auto-

eficácia do que aqueles em que ocorreram alterações após o diagnóstico. No que concerne à procura de suporte social, constatou-se que os pais que alteraram o seu dia-a-dia após o diagnóstico da diabetes procuram com maior intensidade suporte informativo e emocional do que os pais em que não ocorreu qualquer alteração. Embora os resultados apontem para que a maioria dos casos presentes neste estudo não tenham tido alterações no dia-a-dia, a literatura aponta de facto para o contrário. Os estudos encontrados na literatura referem que na maioria das vezes, a rotina familiar sofre alterações, principalmente, devido às visitas ao médico, ao tratamento e às hospitalizações (Castro & Paccinini, 2002).

De facto, sendo a auto-eficácia a percepção que o indivíduo tem acerca de si mesmo do quanto é capaz de organizar e implementar actividades em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress (Bandura, 1977), como o diagnóstico de uma doença crónica, é possível que os pais que não alteraram o seu dia-a-dia mantenham níveis mais elevados de auto-eficácia do que aqueles em que esta condição não se verificou, tendo alterada por completo o sistema familiar.

Tendo em conta as aprendizagens decorridas ao longo do estágio, a maioria dos pais que frequentavam a consulta de psicologia, nomeadamente o grupo de apoio, referiam inúmeras alterações, principalmente ao nível da alimentação, referindo maiores cuidados. O facto da maioria das figuras parentais deste estudo não terem demonstrado alterações no dia-a-dia, poderá estar relacionado pelo facto de apresentarem desajustamento social, isto é, responder de acordo com aquilo que é socialmente aceite, ou então, porque integraram essas mudanças no seu dia-a-dia e elas deixaram de ser intrusivas para os mesmos.

5.7.1. Limites do estudo e orientações para a prática

Após a exposição dos resultados e da sua discussão e, independentemente dos objectivos propostos, surgem outras limitações desta investigação (para além das que já foram mencionadas na discussão), bem como sugestões para futuras investigações.

Primeiramente, ressalta-se a questão da brevidade da Escala de Auto-Eficácia Geral, que não permite recolher a informação suficiente para analisar mais

aprofundadamente a percepção de auto-eficácia geral desta população específica. No entanto, verifica-se um consenso nos estudos “sobre a necessidade da existência de instrumentos multidimensionais psicometricamente fundamentados, para utilização com população doente, que sejam suficientemente breves para não contribuírem uma sobrecarga” (Ponte & Ribeiro, 2008, p.54).

A escolha desta escala teve em consideração este consenso, todavia, esta escala parece não ser suficiente para analisar mais detalhadamente como é que os indivíduos com filhos diagnosticados com diabetes tipo 1 percebem a sua auto-eficácia. Desta forma, seria relevante recolher esta informação recorrendo a entrevistas individuais e posteriormente realizar uma análise qualitativa do seu conteúdo. Nesta entrevista seria pertinente questionar cada um dos participantes acerca da sua definição de auto-eficácia, para percebermos como cada indivíduo desenvolve juízos pessoais acerca das acções que desenvolveram perante o diagnóstico de diabetes tipo 1 dos seus filhos.

No que se refere ao Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos, embora avalie as estratégias de coping perante situações de stress específicas (Ribeiro & Santos, 2001), revela-se um instrumento demasiado abrangente para a população específica deste estudo (pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1).

Outra das limitações de presente estudo está associada ao constrangimento provocado pelo tipo de instrumento utilizado, uma vez que aborda questões de foro íntimo. A utilização de uma metodologia de questionário por auto-relato, pode remeter para um viés de desajustabilidade social, ou seja, uma tendência para os pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 responderem aos questionários de acordo com o que é socialmente correcto. Por sua vez, neste tipo de investigação, os questionários de auto-relato parecem ser adequados para aceder às percepções mais subjectivas de cada indivíduo.

Ressalva-se também que é de esperar que na relação entre o coping e auto-eficácia surja a interferência de outras variáveis que não foram determinadas neste estudo, podendo originar um aumento ou diminuição tanto nos níveis coping como na percepção de auto-eficácia.

Salienta-se também, que embora o presente estudo abranja a maioria dos pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 utentes do C.H.E.D.E.V – Unidade São Sebastião, constata-se que esta amostra poderá não ser representativa da população.

Assim, seria necessário um maior número de participantes a fim de se conseguir obter resultados que permitissem fazer uma generalização.

No que respeita a futuras investigações considera-se pertinente comparar ambos os pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 com ambos os pais de crianças e adolescentes sem esta doença crónica, sugerindo-se também, a realização de estudos longitudinais que permitam esclarecer melhor a forma como as estratégias de coping de ambos os pais influencia e é influenciada pela auto-eficácia percebida pelos mesmos e qual a pertinência da presença da diabetes tipo 1.

5.7.2. Conclusão

O presente estudo pretendeu abordar a temática do coping e auto-eficácia em pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1, sob o ponto de vista psicológico e social.

A diabetes mellitus é considerada por muitos autores como uma epidemia mundial, que em 2003 afectava cerca de 194 milhões de pessoas, e que tem consequências importantes ao nível da saúde geral não só para o doente, mas também de toda a família (Falcão et al., 2008).

O impacto do diagnóstico da diabetes fragiliza a família, apresentando-se como factor de stress (Silva, 2006). Após o diagnóstico é aconselhável que os membros da família procurem informação acerca da doença, para assim adquirirem competências para a melhor gestão da mesma, que na maioria das vezes, acaba por trazer mudanças indesejáveis nas rotinas da família e na forma como vivem (Silva, 2006). Para além destes factores, os factores económicos, a ansiedade, as crises de hipo e hiperglicemia e o medo das complicações futuras da doença, podem também revelar-se fontes de stress que poderão afectar toda a família (Silva, 2006).

Na revisão da literatura efectuada constatou-se que a adaptação à diabetes é bastante complexa e multifacetada. De acordo com os estudos realizados no âmbito desta temática, a maioria dos estudos abordam apenas os doentes, sendo ainda muito escassos os estudos com os pais, principalmente no que diz respeito ao coping e auto-eficácia.

O presente estudo visou aprofundar o estudo da relação entre as estratégias de coping e a auto-eficácia dos pais das crianças e adolescente com diabetes tipo 1. É de salientar que se atingiu de forma geral os objectivos inicialmente propostos.

Nesta investigação, verificou-se que o coping e a auto-eficácia são variáveis com relevo no contexto da saúde e das doenças. Estes resultados vão ao encontro dos estudos efectuados por Endler, Parker e Butcher (1993), Endler, Parker e Summerfeldt (1996), que referem que os estilos de coping estão relacionados com a saúde e com as doenças, e que segundo Holahan e Moss (1987), pode facilitar a adaptação perante situações stressantes, como diagnóstico de uma doença crónica. Outros estudos relacionam também a auto-eficácia ao contexto da saúde e da doença, como sendo uma variável que influencia directamente o comportamento dos indivíduos perante adversidades (Ferreira & Almeida, 2004).

No que respeita a futuras investigações sugere-se a realização de estudos longitudinais que permitam esclarecer melhor a forma como as estratégias de coping de ambos os pais influencia e é influenciada pela auto-eficácia percebida pelos mesmos e qual a pertinência da presença da diabetes tipo 1.

Apesar das limitações, o presente estudo reforça a importância das estratégias de coping e da auto-eficácia na diabetes e enfatiza também a importância de intervenções junto dos pais para a compreensão e adequação de estratégias eficazes no controlo e gestão da doença.

Assim, consideramos, que o presente estudo empírico pode ser visto como um contributo para uma melhor compreensão da temática abordada, bem como, para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes direccionadas para os pais, bem como para as crianças e jovens diagnosticados com diabetes tipo 1.

Referências

- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares – uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Almeida, V.M.S. (2000). *A Diabetes na Adolescência: Um estudo biopsicossocial*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica (Cognitivo-Comportamental e Sistémica) não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação de Coimbra, Coimbra.
- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. (2ª ed.). Psiquilíbrios: Braga.
- Almeida, V., & Oliveira A. B. (2000). Uma intervenção de grupo de apoio com diabéticos em cuidados de saúde primários. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da saúde nas doenças crónicas* (pp. 679-689). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Antónia, C.D., & Zanetti, M.L. (2000). Auto-aplicação de insulina em crianças portadoras de diabetes mellitus tipo 1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(3), 51-58.
- Auerbach, S.W. (1989). Stress management and coping research in the health care setting: An overview and methodological commentary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (3), 388-395.
- Antoniazzi, A.S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2004). *Viver com a diabetes* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Amaral, A. (1997). Aspectos psicológicos do doente com diabetes mellitus. In J.L. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp105-118). Lisboa: ISPA.
- American Diabetes Association (s.d.). *American Diabetes Association complete guide to diabetes*. U.S.A.
- American Diabetes Association (2000a). Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Diabetes Care*, 23 (1), 27-31.

- American Diabetes Association (2000b). Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 23 (1), 43-46.
- American Diabetes Association (2003a). Diabetic nephropathy. *Diabetes Care*, 26 (suppl.1), 94-98.
- American Diabetes Association (2003b). Diabetic retinopathy. *Diabetes Care*, 26 (suppl.1), 99-102.
- Balling, K. & McCubbin, M. (2001). Hospitalized with chronic illness: parental caregiving needs and valuing parental expertise. *Journal of Pediatric Nursing*, 16 (2), 110-119.
- Band, E. B., & Weisz, J. R. (1988). How to feel better when it feels bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24, 247-253.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2). 191-251.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25, 725-739.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (2002). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 258-269.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. V., & Pastorelli, C. (1996). Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(2), 364-374.

- Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87-99.
- Barker, P. (2000). *Fundamentos da terapia familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica – Perspectivas desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Billings, A. G., & Moss, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 877-891.
- Blanchard, E. B. (1982). Behavioral medicine: past, present, and future. *Journal Consulting Psychology*, 50 (6), 795-796.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bryman, A., & Cramer, D. (1993). Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS. Celta Editora: Oeiras.
- Caldeira, J. (2002). Educação do diabético. In R. Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica* (pp.409-421). Lisboa: Lidel.
- Caldeira, J., & Duarte, R. (2002). Exercício físico. In R. Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica* (pp.89-87). Lisboa: Lidel.
- Campos, A.(2006) *Epidemia mundial da diabetes: Intervenção do Ministro da Saúde na Comemoração do dia Mundial da Diabetes*. Assembleia da República. Retirado a 17 de Março de 2009 de, www.portaldasaude.pt
- Caprara, G. V., Scabini, E., Barbanelli, C., Pastorelli, C. R., & Bandura, A. (1998). Impact of adolescent`s perceived self-regulatory efficacy on familial communication and antisocial conduct. *European Psychologist*, 3(2), 125-132.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions a stressful transaction. *Journal of Personality an Social Psychology*, 66, 184-195.
- Casalenovo, G.A. (2002). Fatigue in diabetes mellitus: Testing a middle range theory of well-being derived from Neuman's theory of optimal client system stability and the *Neuman Systems Model*. Dissertation presented for Dctor of Philosophy Degree. U.S.A.: Yhe University of Tennessee, Knoxville (UMI No. 3054100).

- Castro, E., & Piccinini, C. (2002). Implicações da doença orgânica crónica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3).
- Chase, H.P., & Eisenbarh, G.S. (2004). Diabetes Melito. In W. W. Hay, A. R. Hayward, M. J. Lewin, & J. M. Sondheimer, *Pediatria: Diagnóstico e tratamento* (16^a ed.). Rio de Janeiro: McGrawHill.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress and potential in theory and research. *Physiological Bulletin*, 127, 87-127.
- Compas, B. E. (1987). *Coping with stress during childhood and adolescence. Psychological Bulletin*, 101 (2), 393-403.
- Correia, M. J. S. (2004). Investigação dos hábitos de saúde, comportamentos de risco e adesão terapêutica numa população diabética adulta. In J. Ribeiro, & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. A psicologia da saúde num mundo em mudança* (pp.367-373). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Cox, D.J., Gonder-Frederick, L., & Saunders, J.T. (1991). Diabetes: clinical issues and management. In J. Sweet, R. Rosensky, & S. Tavian (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical setting* (pp.473-496). Plenum Press.
- Cox, D.J., & Gonder-Frederick (1992). Major developments in behavioral diabetes research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (4), 628-638.
- Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 454.
- Direcção Geral de Saúde (1998). *Risco de morrer em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Duarte, J. P. (1991). Pediatria: Medicina do Desenvolvimento. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 22.
- Duarte, R. (2002). Epidemiologia da Diabetes. In R. Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica* (pp. 43-57). Lisboa: Lidel.

- Duhamel, F. (1995). *La Santé et la Famille: Un Approche Systémique en sins Infirmiers*. Paris: Gaetan Morin Éditeur,
- Endler, N.S., Parker, J.D.A., & Butcher, J.D.A. (1993). A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (4), 523-527.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A., & Summerfeldt, L.J. (1996). Enfermedad y afrontamiento: Aspectos teóricos y metodológicos. In D.E.G. Fernández, & X.L.S. Novoa (Eds.), *Salud y prevención: Nuevas aportaciones desde la evolución psicológica* (pp. 35-52). España: Cursos e Congressos da Universidade de Santiago de Compostela.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A., & Summerfeldt, L.J. (1998). Coping with health problems: developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10 (3), 195-205.
- Falcão, I., Pinto, C., Santos, J., Fernandes, M., Ramalho, L., Paixão, E., & Falcão, J. (2008). Estudo da prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na Rede Médicos - Sentilena. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 24, 679-692.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire: Research edition*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1991). Coping and emotion. In Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia University Press.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S., Gruen, R. J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

- Gimeno, S.G.A., & Souza, J.M.P. (1998). Amamentação ao seio, amamentação com leite de vaca e a diabetes mellitus tipo 1: examinando as evidências. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 1 (1), 4-13.
- Góes, A.; Vieira, M. & Júnior, R. (2007). Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. *Revista Paulista Pediatria*, 25 (2), 124-128.
- Golse, A. (2004). Psychologues et psychiatres: Je t'aime moi non plus. *Sciences Humaines*, 148, 30-37.
- Graça, A.S. (2000). Diabetes e estilo de vida. *Diabetes – Viver em Equilíbrio*, 16, 4 -5.
- Grant, M.M. (2001). *Irrational health beliefs as predictors of glycemic self-control in types 1 and 2 diabetes mellitus*. Dissertation presented in partial fulfillment of requirements for the degree of Doctor of Philosophy in College of Arts and Sciences. Georgia State (UMI No. 3024342).
- Greca, A.M., & Thompson, K.M. (1998). Family and friend support for adolescents with diabetes. *Análise Psicológica*, 1(16), 101-113.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. (2ª ed.). Edições Sílabo: Lisboa. Pp.141.
- Holahan, C. J. & Moss, R. H. (1985). Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 739-747.
- Holahan, C. J. & Moss, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and social Psychology*, 52 (5), 946-955.
- International Diabetes Federation (2003). *Complications of Diabetes*. Consulta a 30 de Janeiro de 2009, de <http://www.idf.org>.
- Justice, B. (1988). Stress, coping and health outcomes. In L.M. Russel (Ed.), *Stress Management for Chronic Diseases* (pp. 14-29). New York: Pergamon Press.
- Kovacs, M., & Feinberg, T.L. (1982). Coping with juvenile onset diabetes. In A. Baum, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of personality of psychology and health*. Hillsade: Lawrence Erlbam Associates.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

- Lent, R.W., & Brown, S D. (2000). Contextual supports and barriers to career choice: a social cognitive analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 36-49.
- Lisboa, M. E., & Duarte, R. (2002). Classificação e diagnóstico da diabetes. In R. Duarte (Coord.), *Diabetologia clínica* (pp.25-43). Lisboa: Lidel.
- Lissaner, T., & Clayden, G. (2002). *Manual Ilustrado de Pediatria* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Luescher, J.L., & Berardo, R.S. (2004). Diabetes em Crianças. In J. E. P. Oliveira, & A. Milech (Eds.), *Diabetes mellitus: Clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar*. São Paulo: Athenen Editora.
- MaCalla, J., & Santacrose, S. (1989). Nursing support of the child with cancer. In: P. Pizzo, & d. Poplack, (Eds.), *Principles and Praticce of Pediatric Oncology*. 5th edition Philadelphia (pp.939-855). Lippincott.
- Macrodimitris, S.D. & Endler, N.S. (2001). Coping, control, and adjustment in type 2 diabetes. *Health Psychology*, 20 (3), 208-216.
- Marcelino, D. B., & Carvalho, M. D. B. (2005). Reflexões sobre a diabetes tipo 1 e a sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 71-77.
- Marinheiro, P. P. (2002). *Enfermagem de ligação – Cuidados pediátricos no domicílio*. Coimbra: Quarteto.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística - Com utilização do SPSS*. (3ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, R., & Pires, A. (2001). Pais de crianças com diabetes insulino-dependentes. In A. Pires (Ed.), *Crianças (e pais) em risco* (pp.67-95). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Mathews, K. A. (1982). Psychological perspectives on the type A behavior pattern. *Psychological Bulletin*, 91, 293-323.
- Menezes, I. (1990). Desenvolvimento no contexto familiar. In B.P. Campos (Coord.), *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens* (vol. II) (pp. 51-91). Lisboa: Universidade Aberta.
- Miller, S. M. (1988). Monitoring and bluting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under treat. *Journarl of Personality and Social Psychology*, 52, 534-537.

- Miller, S. M. (1981). Predictability and human stress: Toward clarification of evidence and theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 14, 202-255.
- Morgado, M., Pires, A., & Pinto, J. (2000). Auto-eficácia na criança asmática. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 121-128.
- Mrazek, D. A. (1996). Chronic pediatric illness and multiple hospitalizations. In Lewis, M. (Ed), *Child and adolescent psychiatric*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Neto, A.(2004). *Psicologicamente diabetes*. Retirado a 14 de Março de 2009, de www.hmirandela.min-saude.pt.
- Neves, S. P. & Faria, L. (2004). Auto-eficácia académica: Definição conceptual e recomendações metodológicas para a construção de instrumentos de avaliação. In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho, avaliação Psicológica: Formas e Contextos (pp. 391-399). Braga: APPORT.
- Nunes, M. M. J. C. (1999). *Qualidade de vida e diabetes: Influência das variáveis psicossociais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde não publicada, Coimbra: Instituto Miguel Torga.
- O'Brien, T. B., & DeLongis, A. (1996). The interactional context of problem, emotion, and relationship-focused coping: The role of big five personality factors. *Journal of Personality*, 64 (4), 775-813.
- O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Cognitive Therapy and Research*, 23 (4),437-451.
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 229-245.
- Opperman, C. S., & Cassandra, K. A. (2001). *Enfermagem contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Pádua, F. (1998). Os nossos conselhos sobre...Diabetes. *Cardiologia Actual*, 8 (71), 2292-2293.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). Coping: estratégias para redução do stress. *Executive Health and Wellness*, 1(9), 28-29.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a um amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 19 (4), 491-502.

- Pajares, F., & Urdan, T. C. (2006). *Self-efficacy beliefs of adolescents*. Greenwich: IAP.
- Pastorelli, C., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Rola, J., Rozsa, S., & Bandura, A. (2001). The structure of children's perceived self-efficacy: A cross-national study. *European Journal of Psychological Assessment, 17*(2). 87-97.
- Penninx, B.W.J.H., van Tilburg, T., Boeke, A.J.O., Deeg, D.J.H., Kriegsman, D.M.W., & van Eijk, J.T. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: different for various chronic diseases? *Health Psychology, 17* (6). 551-558.
- Pereira, F. (1996). *As representações dos professores de educação especial e as necessidades das famílias*. Lisboa: Secretariado Nacional da Reabilitação.
- Pereira, M. & Almeida, P. (2004). Auto-eficácia na diabetes: Conceito e validação da escala. *Análise Psicológica, 12* (3), 585-595.
- Pereira, M. G., & Almeida, P. (2004). Barreiras à adesão ao regime terapêutico da diabetes. In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Coord.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp.170-179). Braga: APPORT.
- Peterson, L. (1995). Coping by children undergoing stressful medical procedures: some conceptual, methodological, and therapeutic issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57* (3), 380-387.
- Phipps, S. M. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceito e prática clínica*. Loures: Lusociências.
- Pina, R. (2000). Educação e desenvolvimento psicomotor: A criança diabética. *Diabetes: Viver em Equilíbrio, 17*, 6-9.
- Pina, R. (1998). A criança diabética. *Diabetes: Viver em Equilíbrio, 7*, 7-9.
- Pinto, F. (1991). A importância da Família no Universo da Saúde. *Servir, 39*.
- Ponte, A. C., & Ribeiro, J. L. P. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do mos social support survey. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Edts), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 53-56). Lisboa: ISPA.
- Relvas, A. P. (1999). *Conversas com famílias. Discurso e perspectivas em terapia familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família – perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

- Rey, L.(1999) *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Ribeiro, J. L. P. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. In L. S. Almeida, & I. S. Ribeiro (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: APPORT.
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Roesch, S.C., & Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter? *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 205-219.
- Ryan-Wenger, N. M. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 256-263.
- Ruas, M.M.A. (1992a). Diabetologia clínica. *O Médico*, 126 (2062), 157-168.
- Ruas, M.M.A. (1992b). Diabetologia clínica. *O Médico*, 126 (2062), 187-190.
- Rubin, R.R., & Peyrot, M. (1996). Emotional responses to diagnosis. In B. Anderson, & R.R. Rubin (Eds.), *Practical psychology for diabetes clinicians* (pp.155-162). U.S.A.: A.D.A.
- Rudolph, K. D., Denning, M. D., & Weisz, J. R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118, 328-357.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (1985). *Terapia familiar*. Porto: Afrontamento.
- Sanna, L. J. (1992). Self-efficacy theory: Implications for social facilitation and social loafing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(5), 744-786.
- Santos, C. R. M. (2001). *Cuidar a Criança com Doença Crónica numa UCIP: Expectativas dos Pais*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentado na Universidade do Porto, ICBAS.
- Santos, E. C. B., Zanetti, M. L., Otero, L. M., & Santos, M. A. (2005). O cuidado sob a óptica do paciente diabético e do seu principal cuidador. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 13(3), 397-406.
- Scherer, R. F., Wiebe, F. A., Luther, D. C. & Adams, J. S. (1988). Dimensionality of coping: Factor stability using the Ways of Coping Questionnaire. *Psychological Reports*, 62, 763-770.

- Scholz, U., Dona, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct?. *European Journal of Psychological Assessment, 18*(3), 242-251.
- Schunk, D. H., & Hanson, A. R. (1985). Peer models: Influence on children's self-efficacy and achievement. *Journal of Educational Psychology, 77*(3), 313-322.
- Schunk, D. H. (2001). Self-efficacy and cognitive achievement: Implications for students with learning problems. *Journal of Learning Disabilities, 22*(1), 14-22.
- Seabra, H. (1997). A criança e a sua diabetes. In J.L.P. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º Congresso nacional de psicologia da saúde (55-59)*. Lisboa: ISPA.
- Serra, M.B: (1996). Pé Diabético, problema assistencial carenciado no nosso país. In L.M.A. Serra (Ed.), *O pé diabético e prevenção da catástrofe* (pp.14-18). Porto: Associação de Apoio ao Serviço de Endocrinologia do Hospital Geral de Santo António e Associação de Apoio ao Serviço de Ortopedia do Hospital Geral de Santo António.
- Serra, A. V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica, 21*, 457-466.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2004). Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stress em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença. *Análise Psicológica 3*(22), 597-605.
- Silva, I. L. (2006). *Psicologia da diabetes*. Coimbra: Quarteto.
- Silva, I. L. (2003). *Qualidade de vida e variáveis associadas a sequelas de diabetes e sua evolução ao longo do tempo*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Universidade do Porto.
- Smith, R. E. (1989). Effects of coping skills training on generalized self-efficacy and locus of control. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 228-233.
- Sousa, M. R. M. G. C. (2003). Estudo e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2. Dissertação de Mestrado em Educação (Educação para a Saúde) não publicada, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Surgenor, L.J., Horn, J., Hudson, S.M., Lunt, H., & Tennent, J. (2000). Metabolic control and psychological sense of control in women with diabetes mellitus:

- alternative considerations of the relationship. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 267-273.
- Trindade, I. (2000). Abordagem psicológica do doente crónico em centros de saúde. In: Trindade, I., & Teixeira, J. (Eds.), *Psicologia nos cuidados de saúde primários*, (pp. 47-53). Lisboa: Climepsi editores
- Vancouver, J. B., Thompson, C. M., Tischner, E. C., & Putka, D. J. (2002). Two studies examining the negative effect of self-efficacy on performance. *Journal of Applied Psychology*, 87(3), 506-516.
- Viana, V., Barbosa, M. C., & Guimarães, J. (2007). Doença crónica na criança: factores familiares e qualidade de vida. *Psicologia, Saúde e Doença*, 8 (1), 115-125.
- Vinha, E. & Medina, J.L. (1988). Exercício físico e diabetes mellitus. *O Médico*, 118 (1886), 76-77.
- Vizzotto, M. M., Heleno, M. G. V., Modesto, S. E. F., Cressoni-Gomes, R., Árias, G. S., & Mazzotti, T. (2006). Estratégias de adesão ao tratamento utilizadas por mães de crianças com diabetes mellitus tipo 1. In I. Leal, J. P. Ribeiro, S. N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, bem-estar e qualidade de vida* (pp. 437- 443). Faro: Universidade do Algarve.
- Whaley & Wong (1999). *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 5ª edição.
- Wing, R.R., Epstein, L.H., Nowalk, M.P., & Lamparski, D.M. (1986). Behavioral self-regulation in the treatment of patients with diabetes mellitus. *Psychological Bulletin*, 99 (1), 78-89.
- World Health Organization (1998). *Global burden of diabetes*. Consultado a 20 de Janeiro de 2009 de www.who.int.
- World Health Organization (2002). *Diabetes Mellitus*. Consultado a 20 de Janeiro de 2009 de <http://www.who.int>.
- Zanetti, M. L., & Mendes, I. A. C. (2001). Análise das dificuldades relacionadas às actividades diárias de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: depoimento de mães. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 9(6), 25-30