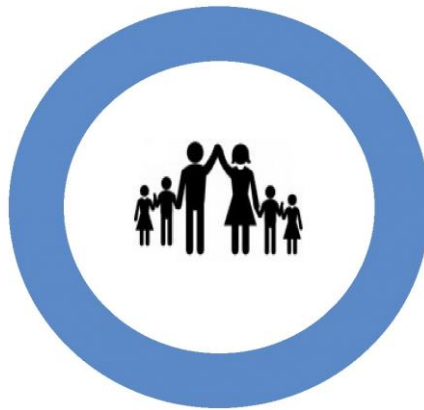


**INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA**

Escola Superior de Altos Estudos

**FUNCIONAMENTO, FORÇAS DAS FAMILIAS E PERCEÇÃO  
DA AUTOEFICÁCIA**

Estudo exploratório com adolescentes com diabetes tipo 1 e os seus pais



**MARINA FILIPA GROU CAÇÃO**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica  
Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2015



# **FUNCIONAMENTO, FORÇAS DAS FAMILIAS E PERCEÇÃO DA AUTOEFICÁCIA**

Estudo exploratório com adolescentes com diabetes tipo 1 e os seus pais

MARINA FILIPA GROU CAÇÃO

Dissertação Apresentada ao ISMT para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Joana Sequeira

Coimbra, janeiro de 2015

## **Agradecimentos**

Os agradecimentos que se seguem são, um tributo insuficiente, mas devido, a todos os que foram importantes, para que chegasse até aqui. Deixo o meu reconhecido obrigado:

À Professora Doutora Joana Sequeira, pelo rigor, pela objetividade, infundável paciência no esclarecimento de dúvidas, pela orientação, motivação, reforço e pela tranquilidade que sempre me transmitiu.

Ao Hospital Pediátrico de Coimbra, em especial à Doutora Alice Mirante, Diretora do Serviço de Endocrinologia e Diabetologia, à Dr.<sup>a</sup> Isabel Dinis, à Dr.<sup>a</sup> Rita Cardoso e a todas as médicas internas presentes ao Serviço.

A todos os adolescentes e as suas respetivas famílias que aceitaram participar neste estudo, muito obrigada.

Aos meus pais, pelo carinho, paciência, cumplicidade, motivação, pelo fundamental suporte emocional, por todo o acompanhamento ao longo destes anos e, acima de tudo, por continuarem a ser um pilar seguro de referência e abrigo.

Ao Gonçalo, pela companhia, pela sincera dedicação e pelo amor e carinho incondicional demonstrado.

Aos meus queridos avós e irmão, pela cumplicidade, pelo amor, pela força e coragem que sempre me transmitiram.

Para todos aqueles, que estiveram sempre presentes, que me motivaram, orientaram e reforçaram. Para aqueles que simplesmente me ouviram e a todas as pessoas que não mencionei mas que, de uma forma direta ou indireta participaram neste processo, contribuindo para a sua realização, muito obrigada.

*“A primeira palavra dita, o primeiro passo dado e todas as situações da vida.  
Existem coisas que só a família sabe, e coisas que só ela faz questão de saber.”*

(Jean Lacerda)

## **Resumo**

**Introdução:** A Diabetes é uma doença crónica, grave, de evolução lenta e progressiva, que necessita de tratamento intensivo e uma orientação adequada que permita prevenir ou retardar as complicações da doença. O presente estudo tem como principal objetivo compreender quais as implicações da doença de Diabetes tipo 1 no funcionamento familiar, as forças que as famílias mobilizam e a percepção de autoeficácia do jovem face à doença.

**Método:** A amostra é constituída por 36 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos e 36 pais com idades compreendidas entre os 33 e os 55 anos. O protocolo de investigação inclui os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e de Dados Clínicos, Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES II), o Questionário de Forças Familiares (QFF), e a Escala de Auto-Eficácia Geral (EAEG).

**Resultados:** Os resultados indicam que a maioria das mães, pais e adolescentes da família percecionam a sua família como sendo ligada relativamente à coesão, flexível quanto à adaptabilidade e moderadamente equilibrada quanto ao tipo de família. São os adolescentes que residem nas zonas urbanas que percecionam a família como tendo maior adaptabilidade. Os pais que possuem o ensino superior têm uma maior percepção de coesão e adaptabilidade. Os participantes apresentam uma elevada percepção de forças na família, sendo as pontuações mais elevadas na gestão positiva e suporte familiar. São também os pais com estudos superiores que têm pontuações mais elevadas na organização familiar positiva. Quanto à percepção de autoeficácia dos adolescentes o valor mais elevado encontra-se no fator iniciação e persistência.

**Conclusões:** A doença constitui-se como sendo um factor de adversidade na vida dos adolescentes e das suas famílias que pode torná-los mais fortes, contribuindo para sua capacidade de suporte e adaptação. A partir deste estudo não se pode afirmar, uma vez que é um estudo transversal, se a doença promoveu ou não características positivas do funcionamento da família mas pode afirmar-se que estas famílias se percecionam como tendo os recursos necessários para lidar com esta adversidade. O presente estudo permitiu concluir que as famílias com adolescentes portadores de Diabetes tipo I, que constituíram a nossa amostra, se percecionam como famílias funcionais, uma vez que apresentam elevada coesão e adaptabilidade familiar. Os participantes (pais, mães e adolescentes) apresentam uma elevada percepção de forças na família. Conclui-se ainda que existe uma relação significativa e elevada entre o funcionamento e as forças familiares. Esperamos que estes resultados possam contribuir para auxiliar as famílias de adolescentes diabéticos tipo 1 a enfrentar de uma forma menos penosa esta doença, motivando as famílias e os seus filhos de modo a

conseguirem lidar melhor com situações que possam surgir futuramente relacionadas com a doença crónica na infância e na adolescência.

**Palavras-Chave:** Diabetes tipo 1, adolescentes, funcionamento e forças familiares, autoeficácia.

## **Abstract**

**Introduction:** The type 1 Diabetes is a serious chronic disease of slow and progressive evolution, which needs intensive treatment and an adequate orientation in order to prevent or retard the complications of the disease. The present study aims to understand how families perceive their functioning, the strengths that they have and the perception of self-efficacy of the diabetic adolescent.

**Methods:** The participants are 36 adolescents, with ages between 12 and 18 years old, and their respective parents, (36 parents with ages between 33 and 55 years old). The investigation protocol includes the following instruments: Socio-demographic questionnaire and clinical data, Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES II), family strength questionnaire (QFF) and the self efficiency general scale (EAEG).

**Results:** The results indicate that most parents and adolescents perceive their family as being connected relative to cohesion, flexible relative to adaptability and moderately balanced relative to family type. Adolescents living in urban areas are the ones that perceive the better family adaptability. The parents that have higher education perceive better cohesion and adaptability. Related to strengths perception the participants present a high perception of strengths in family. However, positive management and family support obtained higher results. Parents with higher education perceive more positive family organization. Regarding self-efficiency perception the adolescents perceive the high scores in initiation factor and persistence.

**Conclusion:** The disease constitutes as being an adversity factor in adolescents lives and their families that can make them stronger, contributing to their adaptation and support capacity. From this study it can't be claimed, once it's a transverse study, if the disease promoted or not, positive characteristics of family function, but it can be said that these families perceive themselves as having the necessary resources to deal with this adversity. The present study allows to conclude that families with adolescents carriers of type 1 diabetes, that were part of our sample, perceive themselves as functional families, as they present high cohesion and family adaptability. Participants (fathers, mothers and adolescents) present high perception of family strength. It can also be concluded that exists a significant connexion between functioning and family strength. We hope that these results can contribute to help the type 1 diabetes adolescents families to face in a less painful way, this disease motivating the families and their children so they can deal better with situations that can appear in the future related with the chronic disease in childhood and adolescence.

**Key-words:** Type 1 diabetes, adolescents, familiar strength and functioning, self-efficacy.

## Introdução

A Diabetes Mellitus, também conhecida por Diabetes Insulino-Dependente (Diabetes tipo 1), segundo a *World Health Organization* [WHO] (2002), é uma doença crónica que tem como principal causa uma deficiência, hereditária ou adquirida, da produção de insulina pelo pâncreas ou incapacidade do organismo em utilizar a insulina produzida. Pode ainda derivar da incapacidade do organismo em usar a sua principal fonte de energia, a glicose (Associação Protetora Diabéticos Portugal [APDP], 2004). É uma doença que tem implicações na família, sendo esta um elemento determinante na forma como é gerida pelo adolescente. Este trabalho tem como objetivo estudar a percepção de autoeficácia do adolescente diabético, a percepção de funcionamento familiar e as forças da família.

Nesta doença, os ilhéus sofrem uma destruição maciça por parte do sistema imunitário e deixam, progressivamente, de produzir insulina. O défice ou ausência de insulina faz com que processos como o armazenamento de glicose e a libertação desta dos locais de armazenamento e a sua entrada nos locais de combustão (músculos, por exemplo) sejam postos em causa (Duarte, 2002). Deste modo, a glicose acumula-se no sangue (hiperglicemia) e, posteriormente é expelida pela urina. A doença também pode provocar situações de hipoglicemia, isto é, glicose insuficiente no sangue. Ambas acarretam riscos acrescidos para o sistema nervoso central: a hipoglicemia, descrita como glicemia inferior a 70 mg/dl ou a rápida queda da mesma, aciona mecanismos de defesa (libertação de adrenalina) para aumentar a glicose sanguínea que, por sua vez, podem provocar no diabético ansiedade, aumento de transpiração, tonturas, náuseas, entre outros sintomas. Em casos mais graves podem mesmo ocorrer convulsões, perda da consciência e, em casos extremos, levar ao coma. A hiperglicemia implica valores glicémicos superiores a 180 mg/dl, apesar de, geralmente, os sintomas apenas se começarem a notar a partir dos 270-360 mg/dl, sob a forma de tonturas, sonolência, apatia, arritmias, e também em casos extremos coma diabético.

A Diabetes Mellitus é uma doença relativamente comum que se apresenta frequentemente na infância. Em Portugal estima-se que existam entre quatrocentas a quinhentas mil pessoas com diabetes tipo 1, embora esta seja do tipo da diabetes mais raro, não chegando a 10% do total dos diabéticos. Portugal, ainda que não apresente uma das maiores taxas de incidência na Europa, acompanha a tendência geral de ocorrência crescente da Diabetes Mellitus tipo 1 (Jorge, Lacerda, Macedo & Castro, 2003).

A incidência anual desta doença é oscilante, consoante as diferentes áreas geográficas: em Portugal estima-se uma ocorrência de cerca de 8 a 16/100.000/ano (Karvonen, Viik-Kajander,



Moltchanova, Libman & Laporte, 2000) considerando-se assim a perturbação do metabolismo mais comum em idade pediátrica. Para Freitas (2002), a Diabetes Mellitus tipo 1 é responsável por cerca de 10% dos casos e tem incidência máxima na faixa etária dos 11 aos 14 anos. De acordo com dados recentes, em Portugal a Diabetes tipo 1 atinge 0,1 % dos indivíduos entre os 0-19 anos, sendo que a incidência ronda os 17,5 casos novos a cada 100.000 habitantes da mesma faixa etária (Boavida, Fragoso, Massano, Sequeira & Raposo, 2012).

Em Portugal, em 2012, a Diabetes tipo 1 atingia perto de 3 200 indivíduos com idades entre 0-19 anos, o que equivale a 0,15% da população portuguesa nesta faixa etária, mostrando uma inclinação de crescimento significativa ao longo do tempo examinado. Foram diagnosticados 19,7 novos casos de Diabetes tipo 1 por cada 100 000 jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, um valor abundante superior ao registado em 2003 (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2013).

Segundo Nunes (1999) num estudo sobre qualidade de vida e diabetes, a doença surge mais no Inverno e na Primavera incidindo na faixa etária dos 10 aos 15 anos (adolescência) atingindo esta faixa etária 0,1 a 0,4% dos indivíduos com diabetes tipo 1.

Esta doença apresenta um quadro de sintomas comuns à maioria dos doentes, tais como: poliúria (excreção excessiva de urina); polidipsia (necessidade patológica de beber frequentemente); polifagia (comer em demasia), geralmente associados à perda rápida de peso e à fadiga (Eiser, 1999). Pode ainda apresentar outros sintomas, como enurese secundária, sépsis cutânea, candidíase e outras infeções (Lissaner & Clayden, 2002).

Na literatura é possível encontrar três fatores explicativos para o surgimento da diabetes tipo 1: os fatores genéticos, os fatores ambientais e os fatores imunológicos. Os fatores genéticos são apoiados através de uma grande percentagem (entre 30 % a 70%), pois os segundos gémeos iguais adquirem a doença, após esta ter sido diagnosticada no primeiro gémeo e porque quase 6% dos irmãos ou da descendência de pessoas com Diabetes tipo 1 também têm a doença (Chase & Eisenbarh, 2004). Os fatores ambientais são igualmente relevantes, pois nem todos os segundos gémeos idênticos desenvolvem a doença, o que poderá sugerir que infeções ou produtos químicos que são inseridos nas dietas poderão ser uma causa credível da doença (Chase & Eisenbarh, 2004). Fatores imunológicos também têm um papel relevante que é comprovado pela capacidade de um imunossupressor de proteger o tecido dos ilhéus durante um ou dois anos, se for administrado em doentes com um diagnóstico recente (Chase & Eisenbarh, 2004). Estes três fatores apresentam um impacto

significativo na forma como o adolescente se adapta à doença, uma vez que este é influenciado pelo sexo, idade e pelo ambiente familiar (Martins & Pires, 2001).

Devido às características desta doença crónica e ao impacto que tem na vida das crianças e jovens é fundamental a atuação terapêutica em diversos níveis e contextos de vida do adolescente sobretudo no que toca à família (Martins & Pires, 2001).

A doença crónica é referida como uma doença prolongada, que não tem cura, mas que deve ser controlada (Blanchard, 1982). Ainda segundo Rey (1999), a doença crónica é uma doença que pertence a um grupo no qual existe um ou mais dos seguintes critérios: é permanente, deixa uma incapacidade residual, possui uma causa patológica irreversível, exige uma gestão do doente e da família no tratamento, e um longo período de supervisão, observação e de cuidados. Esta pode ser determinada também, como uma doença longa, que pode evoluir de forma progressiva e fatal, ou não ser progressiva e até permitir a uma vida relativamente normal (Wong, 1999).

A forma como a criança e o adolescente reagem a uma doença crónica vai depender de fatores relacionados com o impacto da própria doença. (e.g., limitações físicas e sociais, diagnóstico precoce ou tardio, prognóstico, gravidade, visibilidade e origem genética) e variáveis associadas à criança, adolescente e à família (e.g., estrutura familiar, habilidades de comunicação e solução de problemas) (Eiser, 1999; Heinzer, 1998).

A idade de início da doença é um fator muito importante, pois quando a doença é diagnosticada na adolescência esta poderá ser mais complexa e desafiante, em comparação com o diagnóstico na infância, sendo que nestes casos a doença tende a ser enfrentada de forma mais natural (Barros, 2003). Atualmente, a doença crónica em idades pediátricas apresenta uma elevada prevalência e tem implicações no desenvolvimento da criança e na interação familiar (Castro & Paccinini, 2002).

A Diabetes Mellitus ou diabetes tipo 1 é uma das doenças crónicas mais abordadas e é considerada uma doença crónica grave, tendo passado de uma doença rara a uma verdadeira pandemia mundial com um aumento significativo ao longo deste século, sendo associada a uma mortalidade prematura (Graça, 2000).

Uma vez que existe uma considerável incidência da Diabetes tipo 1 na adolescência, importa ter atenção que este é um período de grande vulnerabilidade, quer a nível físico, como a nível emocional (Fialho, Dias, Nascimento, Motta & Pereira, 2011). É uma fase do desenvolvimento humano marcada por momentos de mudança, resistência, rebeldia, experimentação e tentativa de controlo do seu próprio destino (Fialho et al., 2011). Os

adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1 vivenciam as dificuldades próprias da adolescência como são, por exemplo, a autonomia na relação com a família, dificuldades ao nível da rejeição social e isolamento, mas sentem para além destas, outras dificuldades que os adolescentes sem Diabetes tipo 1 não apresentam (administração da insulina/tratamento, cuidados redobrados com a alimentação, prática de exercício físico regular, hospitalizações frequentes, entre outros). A adolescência pode ainda apresentar-se mais complexa quando o jovem se depara com uma doença crónica, algo que terá que tratar para sempre e, no caso específico do Diabetes Mellitus insulínico, que implica que o adolescente tenha de fazer medicação várias vezes ao dia (Duarte & Alves, 2006, p. 112).

Santos e Enumo (2003, p. 417), num estudo sobre diabéticos adolescentes, “no quotidiano dos jovens diabéticos estes têm o cuidado de se alimentar regularmente, fazer dietas por ordem médica, ingerir muitos líquidos, ter um cuidado redobrado com os pés e com a pele, ir a centros de saúde regularmente para medir a pressão arterial e realizar exames médicos a fim de verificar os seus níveis de colesterol e glicemia. Estes adolescentes apresentam uma tendência maior para praticarem atividades voltadas para si mesmos, enquanto os outros adolescentes estão mais inseridos em atividades sociais.”

É importante compreender a realidade e o significado que os adolescentes atribuem à sua doença, a forma como eles lidam com as suas dificuldades e decisões de modo a que possam ser propostas intervenções que os ajudem a seguir o tratamento, de forma a melhorar o seu prognóstico e a sua qualidade de vida. Neste sentido é importante que o enfoque do tratamento não fique centrado na doença propriamente dita, mas no significado que lhe é atribuído, nos possíveis impactos que ela pode trazer à sua saúde e no modo como esses impactos são enfrentados (Fialho et al., 2011).

O tratamento é um fator determinante para a qualidade de vida do adolescente. Após o diagnóstico, irá dar-se início ao tratamento que implica novas aprendizagens relativas ao estilo de vida (Caldeira, 2002). Os principais objetivos do tratamento da diabetes passam pela compreensão e controlo metabólico, bem como a precaução de algumas complicações graves, nomeadamente, atrasos no crescimento e complicações crónicas, convulsões e, em casos mais graves, o coma (American Diabetes Association, 2000).

Um estudo efetuado pelo *Hvidoere Study Group on Childhood Diabetes* (HSGCD) em 17 países, com 2101 adolescentes entre os 10 e os 18 anos mostrou que uma boa qualidade de vida pode associar-se a um melhor controlo metabólico (Hoey, 2009).

Silva (2006) refere que, educar um jovem diabético é ajudá-lo a percorrer um caminho que se deve iniciar com a compreensão da patologia, devendo apenas terminar após a aceitação desta. A partir dos 10 anos de idade, as crianças são ensinadas a ser autossuficientes no que se refere aos cuidados a ter na doença, pois começam sozinhas a administrar a insulina, apesar de ser importante a supervisão dos pais, uma vez que esta técnica e o local de administração requererem alguns cuidados.

Além das alterações que ocorrem na vida dos adolescentes, a família tem um papel fundamental neste processo. Duhamel (1995) refere que problemas de saúde podem originar stress tanto para o doente, como para a sua família, o que pode suscitar uma desorganização na dinâmica familiar, sendo por isso fundamental que a família e o doente adquiram novas formas de funcionamento e consigam adaptar-se à doença. Os adolescentes sabem que toda a família está preocupada com o diagnóstico, pois observam algumas mudanças familiares, nomeadamente, hábitos alimentares, assim, como nas dinâmicas e nas relações entre as pessoas da família (Damião & Pinto, 2007).

Os cuidadores, que são mais frequentemente os familiares, assumem o papel de suporte e facilitam a aprendizagem dos processos de gestão da doença (Chase & Eisenbarth, 2004). Para além do impacto que o diagnóstico da doença tem no adolescente, este, fragiliza também a família, (Silva, 2006), pois é complicado lidar quotidianamente com estes doentes, mais ainda se o seu nível de dependência, de cuidados ou de necessidade de controlo for elevado. Também há que ter em atenção que a doença não coloca apenas em causa o dia-a-dia habitual mas compromete, muitas vezes, planos futuros do doente e da família, no seu todo e no que toca aos seus membros individualmente. Alguns desajustes apresentados por adolescentes com Diabetes tipo 1 podem estar relacionados com a forma como a família lida com eles e fatores como o suporte familiar e as competências dos elementos influenciam a adaptação da criança/adolescente à doença, os seus comportamentos são fontes de informação importantes (Castro & Piccinini, 2002).

A doença crónica afeta o desenvolvimento individual e familiar, pelo que periodicamente são colocados novos desafios, podem emergir novas frustrações, experienciados momentos de maior desânimo que podem ser intercalados com épocas de maior adaptação e ajustamento. O papel da família é importante, pois ajuda a manter o equilíbrio emocional do adolescente e a forma como a família gere o processo implicará também na aceitação ou negação da doença por parte do adolescente (Pliger & Abreu, 2007).

A doença crónica nas crianças pode desencadear problemas emocionais, desenvolvimentais e comportamentais (Blackman, Gurka, Gurka & Oliver, 2001). Contudo, variam consoante a idade, o sexo e a relação da doença crónica com outras variáveis, como o funcionamento familiar (Stein, 1999). Neste sentido, Rodrigues e Patterson (2007) realizaram uma investigação com o objetivo de saber qual o impacto da doença crónica no funcionamento familiar, tendo para isso participado na investigação 262 pais e mães de adolescentes com doença crónica. Concluiu-se que o funcionamento destas famílias é semelhante ou melhor, quando comparado com famílias de crianças sem nenhuma doença crónica. Todavia, o facto de a amostra ser construída somente por famílias nucleares intactas e de classe média parece ser um bom preditor para o crescimento e para o desenvolvimento das forças internas da família (Rodrigues & Patterson, 2007).

Cunha (2011) explorou a forma como os elementos da família vivem com uma criança portadora de doença crónica, tendo para isso realizado um estudo com 21 famílias de crianças com diabetes, asma e artrite, estudando as narrativas que descrevem a vivência e os mecanismos que utilizam para lidar com estas patologias. Verificou-se que as famílias passam por diversas dificuldades, entre as quais: o aparecimento da doença (grande impacto emocional devido à descoberta do diagnóstico), as necessidades de tratamento (cuidados de saúde direcionados para os familiares e preocupações com os efeitos secundários da medicação), mudanças ao nível do funcionamento familiar (rotinas, estilos de vida, aspetos profissionais e preocupações monetárias), vigilância permanente (preocupações constantes nos comportamentos do adolescente), modificações no relacionamento com terceiros (percepção de incompreensão dos outros e indisponibilidade por parte dos elementos da família, o que se reflete na forma como lidam com a doença e com o adolescente), e por último, estas famílias mostram-se preocupadas com o futuro (antecipação das complicações no estado de saúde da criança, que podem influenciar processos decisivos na família, como a decisão de ter mais filhos).

Vários estudos apontam o impacto da Diabetes tipo 1 sobre a família em diferentes níveis, nomeadamente o estrutural, processual, emocional (Góngora, 2004), comportamental, somático, social e económico e estes aspetos estão interligados entre si (Zanetti & Mendes, 2001). A família terá que fazer novas aprendizagens específicas sobre doença, como por exemplo: aprender a administrar a insulina, ter em atenção a alimentação, a monitorização dos valores glicémicos, entre outros (Antónia & Zanetti, 2000), que implicam uma mudança também nos hábitos de vida da família, aspeto que nem sempre acontece e que parece

dificultar a gestão da doença por parte dos pais e do doente. A família de um adolescente portador de Diabetes tipo 1 deve ter um cuidado redobrado com a sua alimentação, proporcionando-lhe uma alimentação saudável, tendo o objetivo de permitir resultados positivos no tratamento da doença e da saúde, de um modo geral, para atingir um perfil lipídico que reduza o risco de doença vascular, níveis de pressão arterial normais e reduzir os riscos de complicações microvasculares, particularmente as renais (Ungureanu, 2012). Um dos maiores desafios para a família é a aprendizagem de várias funções, entre as quais, monitorização da glicose sanguínea, preparação e administração da dose correta de insulina a dar ao adolescente diabético no momento certo, para assim, prevenir, identificar e tratar uma possível crise (Alemzadeh & Ali, 2011).

Segundo Fialho et al (2011), a família como coadjuvante essencial na manutenção da qualidade de vida dos filhos, deve aprender a lidar com as suas incapacidades, readaptações, encontrar um sentido para a doença, que os ajude a prosseguir com a vida e manter o controlo da situação, de forma a evitar transmitir insegurança e ansiedade aos seus filhos.

A presença de um diagnóstico de Diabetes tipo 1 parece ser um evento que desencadeia uma força centrípeta na família, uma vez que a família passa a viver em função da doença do filho, tornando-o num novo foco de atenção interna. Apesar de os estudos nesta área não permitirem um conhecimento alargado acerca do funcionamento familiar antes do aparecimento da doença crónica, existem indicadores de que a família se torna mais forte e coesa perante o stresse vivenciado pela doença (Patterson, 2002).

Segundo Pliger e Abreu (2007) após o diagnóstico da doença nos filhos, sobretudo as mães passam a desempenhar novas tarefas, novos hábitos alimentares, aprendem como administrar o tratamento, o regime alimentar, conhecem a doença e aprendem a lidar com seus efeitos físicos e sociais. A vigilância do controlo metabólico é fundamental para a preservação da saúde do diabético e para uma melhor qualidade de vida, sem complicações, ou com o mínimo de interferências possíveis, no seu bem-estar (Jorge et al., 2003). Torna-se essencial que o diabético e os seus familiares façam uma boa vigilância da doença de modo a prevenir a ocorrência de desequilíbrios, evitar descompensações agudas e diminuir os riscos do desenvolvimento de complicações futuras derivadas da Diabetes Mellitus tipo 1 (Karvonen et al., 2000).

Num estudo realizado por Sullivan-Bolyai, Deatrick, Gruppuso, Tamborlane e Grey (2002), que comparava as experiências do dia-a-dia entre 25 mães de crianças com Diabetes tipo 1 e outras 25 mães de filhos sem Diabetes, apurou que a principal dificuldade das mães

com o diagnóstico de Diabetes tipo 1 é o rigoroso cuidado diário prestado ao seu filho (questões de alimentação e gestão da glicose no sangue). Esta dificuldade acarreta uma vigilância constante que permite às mães estarem atentas às necessidades dos seus filhos, embora traga uma enorme responsabilidade e peso para estas cuidadoras (Sullivan-Bolyai et al., 2002).

Verifica-se que a adaptação da criança a esta nova condição depende também, da forma como os pais se adaptam (Martins & Pires, 2001), sendo que de acordo com Fialho e colaboradores (2011) os adolescentes que possuem um bom suporte familiar têm melhores condições para enfrentar a diabetes e para fazer o seu controle, tendo assim a doença menos impacto nas suas vidas.

Existem alguns estudos realizados sobre características e padrões familiares que podem influir na adaptabilidade familiar face à existência de uma condição crónica num elemento da família (Sharpe & Curran, 2005; Vermaes, Janssens, Bosman, & Gerris, 2005). Uma investigação, efetuada por Azar e Solomon (2001), onde participaram 30 casais com filhos diagnosticados com Diabetes Mellitus realçaram várias estratégias de coping utilizadas de forma a lidar com esta patologia, entre as quais: manter o otimismo, acreditar numa cura para a doença e minorar e aceitar a patologia para que o adolescente e a família mantenham as atividades habituais. Porém, os autores supracitados concluíram que as estratégias utilizadas nas famílias de crianças/adolescentes com Diabetes tipo 1 são comuns às estratégias que as famílias de doentes com outras doenças crónicas utilizam, não sendo apenas exclusivas na adaptação à diabetes (Azar & Solomon, 2001).

Segundo Minanni, Ferreira, Sant`Anna e Coates (2010) que avaliaram a relação entre autocuidado e controle metabólico em crianças e adolescentes diabéticos, as crianças e adolescentes necessitam do envolvimento dos pais nos cuidados, ressaltando que as crianças e os adolescentes que demonstraram maior independência nas atividades de autocuidado não apresentaram, por regra, melhor controlo metabólico em relação às crianças cujos pais estiveram mais envolvidos no cuidado diário da diabetes.

Uma investigação realizada pela Universidade do Minho, no Hospital de São João no Porto, debruçou-se sobre o impacto do ambiente e do suporte familiar na adesão terapêutica, analisando o controlo metabólico e a qualidade de vida em 99 adolescentes com Diabetes tipo 1, verificando que a existência de um bom suporte familiar se associa a uma menor preocupação com a doença (Diabetes tipo 1) e uma maior satisfação com a vida (Pereira, Berg-Cross, Almeida, Cunha Machado, 2008).

A autoeficácia tem sido amplamente apontada como uma variável relevante nos comportamentos relacionados com a saúde (Pereira & Almeida, 2004). O conceito de autoeficácia surge com Bandura (1977), definindo-a como: “o juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e implementar atividades em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress” (p. 163). Mais tarde, em 1986, o mesmo autor modifica esta definição, descrevendo-a como um julgamento das capacidades de um indivíduo para constituir e executar as trajetórias de uma ação necessárias para conseguir um determinado tipo de desempenho (Bandura, 1986).

Smith (1989) desenvolveu um trabalho com crianças e adolescentes, no qual concluiu que a percepção de autoeficácia facilita e ajuda a mediar a transformação do comportamento. Cada indivíduo pensa, sente e age influenciado pela sua percepção de autoeficácia. Morgado, Pires e Pinto (2000) desenvolveram um estudo sobre a autoeficácia em 70 crianças asmáticas, divididas em dois grupos etários, sendo que 34 destas crianças tem entre 8 a 10 anos e as outras restantes 36 tem entre 11 a 14 anos, no qual os autores concluíram que as crianças mais velhas, apresentam expectativas de eficácia relativas ao autocuidado mais elevadas que o restante grupo de crianças mais novas. Neste estudo, verifica-se também que, baixos níveis de autoeficácia estão associados a estados depressivos, ansiedade e sentimento de desamparo. Porém, níveis elevados de autoeficácia relacionam-se com o sucesso para superar as adversidades encontradas na vida. A relação com os pais ou cuidadores está também associada à autoeficácia (Bandura, 1977), pois elevados níveis de autoeficácia promovem motivação e o aumento do desempenho a nível pessoal e profissional (Bandura & Locke, 2003).

De acordo com Pereira e Almeida (2004) que estudaram a autoeficácia na diabetes em adolescentes, existe uma relação entre a autoeficácia e o contexto da saúde e da doença, ou seja, a autoeficácia é uma variável capaz de influenciar o comportamento dos indivíduos perante as adversidades.

Almeida (2003) realizou um estudo com adolescentes com Diabetes tipo 1, verificando que os adolescentes com uma maior percepção de autoeficácia apresentam uma maior adesão ao tratamento e uma melhor qualidade de vida. Também num estudo efetuado por Senécal, Nouwen e Withe (2000) revelam que uma elevada autoeficácia está relacionada com uma melhor satisfação com a vida e com o tratamento da Diabetes tipo 1, com uma menor percepção de interferência da doença no seu dia-a-dia e com uma elevada adesão aos tratamentos.



Conclui-se que os adolescentes que manifestam bons níveis de autoeficácia têm maior capacidade para gerir e viver a doença de uma forma mais eficaz e menos penosa. Paralelamente as famílias que dão suporte e que ajustam o seu funcionamento às exigências impostas para gerir a doença, são famílias com elevada capacidade de coesão e a doença pode constituir-se como um fator de coesão da família.

## Metodologia

A presente investigação tem como principal objetivo perceber como funcionam as famílias com filhos adolescentes com Diabetes tipo 1. Pretende-se também identificar as forças que as famílias consideram ter, bem como, avaliar a percepção da autoeficácia do adolescente.

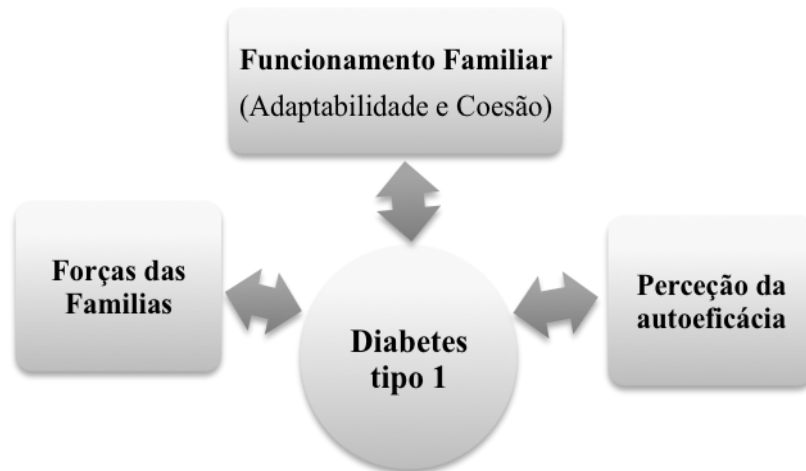
Pretende-se especificamente:

- 1) Analisar se existem diferenças no funcionamento familiar, nas forças familiares e na autoeficácia dos adolescentes em função das variáveis sociodemográficas dos adolescentes.
- 2) Analisar se existem diferenças no funcionamento familiar e nas forças familiares em função das variáveis sociodemográficas dos pais.
- 3) Averiguar se os adolescentes e os pais (mães e pais) percecionam o funcionamento familiar e as forças familiares de forma distinta.
- 4) Analisar as associações entre o funcionamento familiar, forças familiares, e percepção de autoeficácia dos adolescentes.

De seguida, apresenta-se a Figura 1 que caracteriza o modelo analítico do estudo, estando representada a interação entre as variáveis em causa na investigação, onde se pretende elucidar a compreensão sistémica e multirrelacional que existe entre a doença e a percepção de eficácia, as forças e o funcionamento (coesão e a adaptabilidade familiar).

A doença é vista como um acontecimento que provoca uma crise no sistema. Esta crise poderá ser diferentemente gerida quer pela família quer pelo adolescente, sendo que estes se influenciam reciprocamente. Assim, uma percepção elevada de autoeficácia face à doença deverá relacionar-se com a coesão, flexibilidade e com forças da família prevendo-se uma maior adaptação à doença. Mas a própria doença pode desencadear o desenvolvimento de competências de autoeficácia, elevadas forças, coesão e adaptabilidade, assumindo-se como uma oportunidade de crescimento da família e do jovem. Finalmente, a doença pode ser percecionada muito negativamente e ter efeitos nefastos que a família e o adolescente podem

não conseguir gerir e, por conseguinte, mobilizar as forças e recursos necessários para ajustar-se de forma adaptativa.



**Figura 1.** Modelo Analítico do Estudo

### Participantes

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão para a participação no estudo: adolescentes com idades entre os 12 e os 18 anos com diagnóstico de Diabetes tipo 1, bem como os familiares (pai ou mãe) do doente. Assim, os participantes foram selecionados através da utilização de procedimentos aleatórios e de procedimentos de conveniência, sustentados pelo conceito de *snowball* (Maroco, 2010).

Na Tabela 1 é apresentada a caracterização sociodemográfica dos 36 adolescentes, 19 são rapazes (52,8%) e 17 raparigas (47,2%) que frequentam as consultas de Endocrinologia e Diabetologia no Hospital Pediátrico de Coimbra sendo a média de idades de 15 anos ( $M = 14,86$ ;  $DP = 1,839$ ). Os adolescentes frequentam maioritariamente o ensino básico (2º Ciclo) ( $n = 22$ ; 61,1%), seguido do ensino secundário ( $n = 14$ ; 38,9%). Quanto ao local de residência 18 adolescentes vivem em zonas rurais (50%) e 18 adolescentes vivem em zonas urbanas (50%).

Tabela 1

*Caraterização sociodemográfica dos adolescentes*

	<i>n</i> = 36	%	Medidas descritivas
<b>Sexo</b>			
Masculino	<b>19</b>	<b>52,8</b>	<i>Mo</i> : masculino
Feminino	17	47,2	
Total	36	100	
<b>Idade</b>			
			<i>M</i> = 14,86
12 - 13 Anos	15	41,7	<i>Me</i> = 15,00
14 - 15 Anos	<b>21</b>	<b>58,3</b>	<i>Mo</i> : 14 - 15 Anos
Total	36	100	<i>DP</i> = 1,839
<b>Ano de escolaridade</b>			
Ensino básico	<b>22</b>	<b>61,1</b>	<i>Mo</i> : ensino básico
Ensino secundário	14	38,9	
Total	36	100	
<b>Tipo de habitação</b>			
Rural	<b>18</b>	<b>50</b>	<i>Mo</i> : rural e urbana
Urbana	<b>18</b>	<b>50</b>	
Total	36	100	

*n* = número total de sujeitos da amostra; *Mo*: Moda; *M* = média; *Me* = Mediana; *DP* = desvio-padrão.

Na Tabela 2, é apresentada a caraterização sociodemográfica dos pais dos adolescentes com diabetes tipo 1 que também participaram na investigação. Participaram no Questionário Sociodemográfico 36 pais (mães e pais), com idades compreendidas entre os 33 e os 55 anos ( $M = 44,25$ ;  $DP = 5,557$ ), verificando-se que é mais comum terem entre 40 e 47 anos ( $n = 17$ ; 47,2%). Quanto ao ano de escolaridade, 24 pais possuem o ensino básico ou secundário (66,7%) e 12 pais tem o ensino superior (33,3%). Relativamente ao estado civil, a maior percentagem dos pais estão casados ou em união de facto (88,9%), seguindo-se de 3 pais divorciados ou separados (8,3%), sendo que a menor percentagem se centra nos pais viúvos (2,8%). Em termos da composição do agregado familiar, 21 (58,3%) pertencem a famílias nucleares de duas gerações (pais e filhos), seguido de 6 (16,7%) famílias nucleares de duas gerações (pais e filho), 3 (8,3%) famílias nucleares de duas gerações (pais e três filhos) e 3 (8,3%) famílias monoparentais de duas gerações (pai ou mãe e dois filhos), 2 (5,6%) famílias com três gerações (pais, filhos e avós) e 1 (2,8%) família monoparental de duas gerações (pai e filho).

Tabela 2

*Caraterização sociodemográfica dos pais*

	<i>n</i> = 36	%	Medidas descritivas
<b>Idade</b>			
33-38 Anos	8	22,2	<i>M</i> = 44,25
40-47 Anos	<b>17</b>	<b>47,2</b>	<i>Me</i> = 45,50
48-55 Anos	11	30,6	<i>Mo</i> : 2º grupo
Total	36	100	<i>DP</i> = 5,557
<b>Ano de escolaridade</b>			
Ensino superior	12	33,3	<i>Mo</i> : Ensino
Ensino básico/secundário	<b>24</b>	<b>66,7</b>	Básico/Secundário
Total	36	100	
<b>Estado civil</b>			
Casado(a)/união de facto	<b>32</b>	<b>88,9</b>	<i>Mo</i> : Casado(a)/união de
Divorciado(a)/separado(a)	3	8,3	facto
Viúvo(a)	1	2,8	
Total	36	100	
<b>Agregado familiar</b>			
Pai e um filho	1	2,8	
Mãe e dois filhos	3	8,3	
Pai, mãe e um filho	6	16,7	<i>Mo</i> : Pai, mãe e dois
Pai, mãe e dois filhos	<b>21</b>	<b>58,3</b>	filhos
Pai, mãe e três filhos	3	8,3	
Pai, mãe, dois filhos e avó(ô)	2	5,6	
Total	36	100	

## Instrumentos

O Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos foi elaborado para esta investigação. Foi aplicado a pais e filhos e envolve questões sobre: idade, sexo do participante, estado civil, constituição do agregado familiar, número de filhos, filhos diagnosticados com Diabetes tipo 1, tempo de diagnóstico da doença, existência de apoios e frequência, número de internamentos do filho, familiares com Diabetes tipo 1 ou 2, e questões sobre a alteração de rotinas familiares face à doença. (Apêndice 4).

O questionário dos adolescentes envolveu as seguintes questões: sexo do participante, data de nascimento, escolaridade, local de habitação, desde quando é diabético, qual é o tipo de tratamento (bomba ou caneta), que atividades desportivas pratica para além das da escola, e valor da hemoglobina glicada (Hb A1c) da última consulta (Apêndice 4).

A Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES II). A FACES foi desenvolvida por Olson, Potner e Bell (1982), traduzida para português por Daniel Sampaio (1985) e validada por Otilia Fernandes (1995). Tem por objetivo avaliar a adaptabilidade e a coesão familiar. Resulta de alterações da primeira escala, tendo sido transformado num instrumento mais reduzido com frases simples, podendo assim ser aplicado a todas as pessoas da família que tenham 12 ou mais anos de idade (Olson et al., 1982, 1992).

Esta escala caracteriza a família quanto à sua adaptabilidade e coesão. A adaptabilidade refere-se à flexibilidade, mudança e capacidade de ajuste da família em diferentes situações.

A coesão familiar avalia a ligação de cada elemento aos restantes, a capacidade de auxílio, mobilização e a autonomia vivida e facultada pela família. A escala é constituída por 30 itens, sendo que 16 itens estão relacionados com a dimensão coesão. Relativamente ao presente conceito, encontramos quatro categorias classificatórias: desmembrada (coesão extremamente baixa), separada (coesão moderada/baixa), ligada (coesão moderada/alta) e muito ligada (coesão extremamente alta). Os restantes 14 itens são relativos à adaptabilidade, sugerindo, assim, quatro categorias da adaptabilidade: rígida (adaptabilidade extremamente baixa), estruturada (adaptabilidade baixa/moderada), flexível (adaptabilidade moderada/alta) e muito flexível (adaptabilidade extremamente alta).

As respostas pontuam-se numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, na qual 1 corresponde a “quase nunca” e 5 a “quase sempre”, sendo respondidas de acordo com a ocorrência com que os comportamentos ocorrem. Para se obter o resultado de Coesão, são concretizados os seguintes passos: 1) soma-se os itens 3, 9, 15, 19, 25 e 29; 2) subtrai-se ao valor anterior 36; 3) soma-se os restantes itens de coesão identificados anteriormente; 4) soma-se o resultado do passo 2 e passo 3. De modo a obter o resultado de Adaptabilidade, realizam-se novamente os 4 passos: 1) soma-se os itens 24 e 28; 2) subtrai-se ao valor inicial 12; 3) soma-se os restantes itens de adaptabilidade; 4) soma-se o passo 2 e no passo 3. Seguidamente os resultados brutos de Coesão e Adaptabilidade são convertidos de acordo com a tabela 3 que caracteriza os diferentes níveis de coesão e adaptabilidade que varia entre 15 e 80 para a coesão e 15 e 70 para a adaptabilidade.

Para finalizar, os resultados individuais de coesão e adaptabilidade são somados e é calculada a média final que corresponde aos dos tipos de família previstos (Olson, Bell & Portner, 1982, 1992). A família pode ser classificada em quatro tipos diferentes: extrema, meio-termo, moderadamente equilibrada e equilibrada, segundo os resultados na Coesão e Adaptabilidade, como a tabela 3 indica, sendo que os dois primeiros tipos correspondem a um melhor funcionamento familiar e os dois últimos a níveis de maior probabilidade de disfunção.

Tabela 3

*Pontuação linear do FACES II*

Coesão		Adaptabilidade		Tipo de Família	
8	$\frac{80}{74}$	8	$\frac{70}{65}$	8	Equilibrada
7	$\frac{73}{71}$	7	$\frac{64}{55}$	7	
6	$\frac{70}{65}$	6	$\frac{54}{50}$	6	Moderadamente Equilibrada
5	$\frac{64}{60}$	5	$\frac{49}{46}$	5	
4	$\frac{59}{55}$	4	$\frac{45}{43}$	4	Meio-termo
3	$\frac{54}{51}$	3	$\frac{42}{40}$	3	
2	$\frac{50}{35}$	2	$\frac{39}{30}$	2	Extremo
1	$\frac{34}{15}$	1	$\frac{29}{15}$	1	

A FACES II apresenta uma consistência interna satisfatória, apresentando um alfa de Cronbach de 0,78 na escala de adaptabilidade; de 0,87 na escala de coesão e de 0,90 na escala total. No presente estudo, o alfa de Cronbach para a escala de coesão é de 0,76 (razoável), para a escala de adaptabilidade apresenta um alfa de 0,62 (fraco), e para a escala total um alfa de 0,71 (razoável).

Questionário de Forças Familiares (QFF)<sup>1</sup>. O Questionário de Forças Familiares foi desenvolvido por Melo e Alarcão (2011) e visa a identificação das forças e processos de resiliência familiar, a partir da auto-avaliação das famílias. É um instrumento de autorrelato constituído por 29 itens, avaliados numa escala de *Likert* de cinco pontos (1 = nada parecidas, 2 = pouco parecidas, 3 = mais ou menos parecidas, 4 = bastante parecidas, e 5 = totalmente parecidas). Os itens agrupam-se em 4 fatores: organização familiar positiva (os itens que fazem parte são: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 13); crenças familiares positivas (itens: 12, 16, 21, 24, 25, 28 e 29); gestão positiva e suporte familiar (itens: 17, 18, 19, 20, 22, 23 e 27); e emoções positivas (itens: 1, 11, 14, 15 e 26). A cotação é obtida através da soma das pontuações de todos os itens (Melo & Alarcão, 2011).

No que diz respeito à consistência interna<sup>1</sup> do instrumento, este apresenta um alfa de Cronbach de 0,72 (razoável), sendo mais baixo do que o estudo realizado por Melo e Alarcão (2011), em que o valor do alfa de Cronbach foi de 0,95. Nesta investigação obteve-se os seguintes resultados associados à consistência interna: fator 1 apresenta um alfa de Cronbach de 0,64 (fraco), o fator 2 de 0,70 (razoável); o fator 3 de 0,71; e o fator 4 de 0,72 (razoável). Pode verificar-se que os resultados da investigação de Melo e Alarcão (2011) foram mais elevados, comparativamente ao presente estudo (fator 1 tem um alfa de Cronbach de 0,90; o fator 2 de 0,87; o fator 3 de 0,84; e o fator 4 de 0,84).

A Escala de Auto-Eficácia Geral (EAEG) foi desenvolvida por Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs e Rogers (1982), no âmbito da psicologia da saúde (estudo de doenças crónicas) com uma população jovem. Foi validada para a população portuguesa por Ribeiro (1997), tendo por objetivo avaliar a autoeficácia em jovens e adultos. O estudo da adaptação da escala realizou-se em dois momentos e incluía 15 itens com resposta de *Likert* de 7 pontos e depois da análise factorial foi escolhida uma solução com três fatores que explicam 57,6 e 52,9% da variância total. Relativamente às respostas, estas variam entre o discordo totalmente (1) e o concordo totalmente (7) (Ribeiro, 1995).

---

<sup>1</sup> Os valores de alfa de Cronbach foram interpretados de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2008): <0,6 – inadmissível; 0,6 a 0,7 - fraca; entre 0,7 e 0,8 razoável; entre 0,8 e 0,9 boa; superior a 0,9 muito boa.

A escala é composta por três fatores, o primeiro intitulou-se de “iniciação e persistência” e classifica a apreciação que o indivíduo tem sobre a sua vontade de iniciar e completar uma ação, o segundo de “eficácia perante a adversidade” e avalia a força e a vontade do indivíduo em permanecer numa atividade durante situações adversas e o terceiro denominado de “eficácia social”, que qualifica as expectativas do indivíduo perante situações sociais (Ribeiro, 1995). O primeiro fator, iniciação e persistência, apresenta seis itens (1, 5, 6, 7, 14, 15); o segundo fator, eficácia perante a adversidade apresenta cinco itens (2, 4, 8, 9, 12); o terceiro fator, eficácia social apresenta quatro itens (3, 10, 11, 13) (Ribeiro, 1995).

A pontuação pode ser usada como um perfil das diferentes subescalas ou como uma nota global. Quanto mais baixa for menor é a percepção de eficácia. A pontuação total e por dimensão correspondem à soma bruta dos itens (Ribeiro, 1995). A pontuação atribuída a cada item corresponde ao valor de 1 a 7. Ao valor “1”, é atribuído a letra “A” exceto para os itens invertidos; o valor de “7” é atribuído à letra “G”, mais uma vez exceto nos itens invertidos (3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15) (Ribeiro, 1995).

Seguidamente realizou-se a análise da consistência interna, através do recurso ao teste de alfa de Cronbach ( $\alpha$ ). Os resultados do estudo de validação para a população portuguesa foram os seguintes:  $\alpha = 0,80$  para o primeiro fator;  $\alpha = 0,80$  para o segundo fator; e  $\alpha = 0,60$  para o terceiro fator. O valor de alfa para a escala total foi de 0,84, o que é preditor de uma boa consistência interna (Ribeiro, 1995). No presente estudo encontramos nos fatores 1, 2 e 3 valores de alfa de Cronbach razoáveis e bons. No fator 1 (iniciação e persistência) o alfa é de 0,74; no fator 2 (eficácia perante a adversidade) obteve-se um alfa de 0,83; e no fator 3 (eficácia social) um alfa de 0,71. O alfa da escala total foi de 0,62 mais baixo que o alfa do estudo original. Contudo, destacam-se os valores de alfa dos fatores, dado que são preditores de uma consistência interna satisfatória.

## **Procedimentos**

Foi entregue um pedido de autorização ao Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC) e à Diretora do Serviço de Endocrinologia e Diabetologia, do Hospital Pediátrico de Coimbra, no sentido de formalizar a colaboração dos participantes. Todos os pedidos foram autorizados.

Após a aprovação do Diretor do CHUC e da Diretora do Serviço de Endocrinologia e Diabetologia, do Hospital Pediátrico de Coimbra, a investigadora teve que assistir às consultas dos adolescentes portadores de Diabetes tipo 1 durante alguns meses para



familiarização com a problemática e com os utentes, tal como pedido pela responsável do serviço. Antes de iniciar a administração dos questionários, foi realizada uma análise da situação clínica de cada adolescente, de forma a garantir que os adolescentes a participar no estudo não tinham outra doença para além Diabetes tipo 1. Logo de seguida a investigadora contactou com os adolescentes e respetivas famílias, tendo sido feito um pedido presencial e entregue por escrito (consentimento informado) (Apêndice 3), onde constavam os objetivos do estudo e os termos da participação (voluntária, anónima, confidencial, tendo estes oportunidades de desistir se assim o entendessem). Importa realçar que, todo o procedimento de recolha de dados foi orientado segundo o Código Deontológico dos Psicólogos (Diário da República, 2011).

Foi entregue aos participantes, aquando da sua deslocação ao Hospital para a consulta, o protocolo de investigação. O protocolo do adolescente incluía o Questionário sociodemográfico e de Dados Clínicos (Apêndice 4), Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (Anexo 1), Questionário de Forças Familiares (Anexo 2), e Escala de Auto-Eficácia Geral (Anexo 3). O protocolo entregue aos familiares, incluía o Questionário Sociodemográfico e de Dados Clínicos, o Questionário de Forças Familiares e a Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES II). Posteriormente cada participante entregou o seu protocolo em mão à investigadora, num envelope de forma a não ser identificado.

### **Análise estatística**

Para a realização deste estudo utilizou-se o programa informático de análise estatística, *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para Windows.

Inicialmente procedeu-se ao cálculo da normalidade da distribuição da amostra através do teste da normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*, que indicou que a amostra não tem uma distribuição normal. Por isso, optou-se por utilizar testes não paramétricos.

De seguida, realizou-se uma análise descritiva, envolvendo o cálculo de frequências absolutas e percentuais, bem como medidas de tendência central (médias) e medidas de dispersão (desvios-padrão). Calculou-se o Teste U de Mann-Whitney com o objetivo de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas no funcionamento familiar (coesão, adaptabilidade, tipo de família), nas forças familiares (organização familiar positiva, crenças familiares positivas, gestão positiva e suporte familiar, emoções positivas, QFF-Total), e na autoeficácia dos adolescentes (iniciação e persistência, eficácia perante a

adversidade, eficácia social, EAEG-Total) em função das variáveis sociodemográficas dos adolescentes (tipo de habitação, sexo, idade) e dos pais (escolaridade). Efetuou-se o mesmo procedimento estatístico com o Teste de Kruskal-Wallis, mas em função da idade dos pais. Por fim, calculou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman para testar as associações entre o funcionamento familiar, forças familiares, e a percepção de autoeficácia dos adolescentes.

## Resultados

### Funcionamento familiar

Na Tabela 4 são apresentados os resultados médios brutos (ainda não transformados em scores) da percepção do funcionamento familiar relativamente à coesão, adaptabilidade e tipo de família segundo os participantes. Neste caso, responderam à FACES II e ao QFF 33 mães, 31 pais, 36 adolescentes e 36 famílias.

Pode verificar-se que a maioria das mães, pais, adolescentes, bem como a família (mãe, pai, adolescente), percebem a sua família como sendo ligada relativamente à coesão (*mãe*  $M = 63,30$ ,  $DP = 9,00$ ; *pai*  $M = 61,8$ ,  $DP = 11,45$ ; *adolescente*  $M = 60,39$ ,  $DP = 9,82$ ; *família*  $M = 61,97$ ,  $DP = 8,30$ ), flexível quanto à adaptabilidade (*mãe*  $M = 52,09$ ,  $DP = 5,84$ ; *pai*  $M = 50,65$ ,  $DP = 7,34$ ; *adolescente*  $M = 48,94$ ,  $DP = 7,65$ ; *família*  $M = 50,72$ ,  $DP = 5,05$ ) e moderadamente equilibrada quanto ao tipo de família (*mãe*  $M = 5,70$ ,  $DP = 1,33$ ; *pai*  $M = 6,65$ ,  $DP = 1,58$ ; *adolescente*  $M = 5,22$ ,  $DP = 1,51$ ; *família*  $M = 5,72$ ,  $DP = 1,16$ ). Destaca-se igualmente que a média mais elevada foi encontrada na percepção das mães relativamente à coesão e adaptabilidade familiar, sendo que os pais obtiveram uma média superior quanto ao tipo de família ( $M = 6,65$ ,  $DP = 1,58$ ). Os adolescentes são quem apresentam os valores médios mais baixos em todas as dimensões.

No que concerne ao tipo de família (varia entre 1 e 8) não foram identificadas famílias extremas (tipologia que aponta para um funcionamento problemático) e apenas 6 famílias foram consideradas meio-termo (esta tipologia encontra-se no limite entre o funcionamento problemático e equilibrado).

Tabela 4

*Análise descritiva do Funcionamento Familiar (FACES II)*

Variáveis	Mãe (n = 33)		Pai (n = 31)		Adolescente (n = 36)		Família (n = 36)	
	n(%)	Medidas descritivas	n(%)	Medidas descritivas	n(%)	Medidas descritivas	n(%)	Medidas descritivas
<b>Coesão</b>								
Desmembrada	4(11,1)	M = 63,30	5(13,9%)	M = 61,8	5(13,9)	M = 60,39	3(8,3)	M = 61,97
Separada	7(19,4)	DP = 9,00	3(17,9)	DP = 11,45	12(33,3)	DP = 9,82	9(26,8)	DP = 8,30
Ligada	<b>13(36,1)</b>	Min = 47	<b>17(52,2)</b>	<b>Min = 25</b>	<b>13(36,1)</b>	<b>Min = 29</b>	<b>20(54,7)</b>	<b>Min = 35</b>
Muito Ligada	9(25,0)	Max = 77	6(26,9)	Max = 77	6(16,7)	Max = 77	4(11,1)	Max = 75
Total	33(91,7)		31(86,1)		36(100)		36(100)	
<b>Adaptabilidade</b>								
Rígida	0(0)	M = 52,09	3(8,3)	M = 50,65	4(11,1)	M = 48,94	2(5,6)	M = 50,72
Estruturada	3(8,3)	DP = 5,84	2(5,6)	DP = 7,34	5(13,9)	DP = 7,65	3(8,4)	DP = 5,05
Flexível	<b>22(61,1)</b>	Min = 42	<b>16(44,4)</b>	Min = 31	<b>19(52,8)</b>	Min = 26	<b>24(66,8)</b>	Min = 36
Muito Flexível	8(22,2)	Max = 66	10(27,8)	Max = 61	8(22,2)	Max = 62	7(19,5)	Max = 58
Total	33(91,7)		31(86,1)		36(100)		36(100)	
<b>Tipo de família (resultados de 1 a 8)</b>								
Equilibrada (7 ao 8)	9(25,0)	M = 5,70	10(27,8)	M = 6,65	7(19,4)	M = 5,22	10(27,8)	M = 5,72
Moderadamente	<b>17(47,2)</b>	DP = 1,33	<b>14(38,9)</b>	DP = 1,58	<b>19(52,8)</b>	DP = 1,51	<b>20(55,5)</b>	DP = 1,16
Equilibrada (5 ao 6)		Min = 3		Min = 2		Min = 2		Min = 3
Meio-termo (3 ao 4)	7(19,4)	Max = 8	5(13,9)	Max = 8	8(22,2)	Max = 8	6(16,7)	Max = 8
Extrema (1 ao 2)	0(0)		2(5,6)		2(5,6)		0(0)	

Nota: \*Resultados de 1 a 8: 1-2 (extrema), 3-4 (meio-termo), 5-6 (moderadamente equilibrada), 7-8 (equilibrada)

De seguida, analisou-se igualmente o funcionamento familiar – coesão, adaptabilidade e tipo de família – em função do local de habitação, sexo, idade dos adolescentes, e escolaridade dos pais.

Conforme se pode observar na Tabela 5 foram observadas diferenças estatisticamente significativas na dimensão da adaptabilidade em função do local de habitação ( $p = 0,027$ ), sendo que os adolescentes que residem em zonas urbanas têm as pontuações médias mais elevadas na coesão ( $M = 63,00$ ;  $DP = 7,829$ ) e na adaptabilidade ( $M = 52,56$ ;  $DP = 3,792$ ). Verifica-se também que os pais que possuem o ensino superior apresentam maior coesão ( $M = 66,00$ ;  $DP = 6,481$ ), adaptabilidade ( $M = 53,33$ ;  $DP = 3,447$ ) e valores médios mais altos quanto ao tipo de família (variando entre moderadamente equilibrada e equilibrada) ( $M = 6,42$ ;  $DP = 0,900$ ), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ( $p$  coesão = 0,022,  $p$  adaptabilidade = 0,029 e  $p$  tipo de família = 0,015).

Quanto ao tipo de família os pais que têm estudos superiores percebem a sua família como sendo moderadamente equilibrada ( $M = 6,42$ ;  $DP = 0,900$ ), o mesmo acontece com os

pais que possuem o ensino básico e secundário, mas apresentam uma média mais baixa ( $M = 5,37$ ;  $DP = 1,135$ ).

Não foram encontradas diferenças na percepção de funcionamento familiar em função das variáveis sociodemográficas sexo e idade dos adolescentes, embora o sexo feminino e o grupo dos adolescentes mais velhos possuam uma percepção mais positiva (valores mais elevados) da família em termos de coesão, adaptabilidade e tipo de família.

Tabela 5

*Análise de diferenças do funcionamento familiar (FACES II) – coesão, adaptabilidade e tipo de família – em função do local de habitação, sexo, idade dos adolescentes, e escolaridade dos pais*

Local de habitação	Rural (n = 18)		Urbana (n = 18)		P
	M	DP	M	DP	
Coesão	60,94	8,848	63,00	7,829	0,542
Adaptabilidade	48,89	5,582	<b>52,56</b>	<b>3,792</b>	<b>0,027</b>
Tipo de família*	5,50	1,200	5,94	1,110	0,339
Sexo	Masculino (n = 19)		Feminino (n = 17)		P
	M	DP	M	DP	
Coesão	61,11	9,374	62,94	7,066	0,731
Adaptabilidade	49,42	5,996	52,18	3,414	0,175
Tipo de família*	5,63	1,257	5,82	1,074	0,802
Idade	Adolescentes mais novos (12-13 anos) (n = 15)		Adolescentes mais velhos (14-15 anos) (n = 21)		P
	M	DP	M	DP	
Coesão	61,33	10,019	62,43	7,054	0,924
Adaptabilidade	50,27	6,584	51,05	3,761	0,751
Tipo de família*	5,60	1,242	5,81	1,123	0,547
Escolaridade dos pais	Ensino superior (n = 12)		Ensino básico e secundário (n = 24)		P
	M	DP	M	DP	
Coesão	<b>66,00</b>	<b>6,481</b>	59,96	8,488	<b>0,022</b>
Adaptabilidade	<b>53,33</b>	<b>3,447</b>	49,42	5,283	<b>0,029</b>
Tipo de família*	<b>6,42</b>	<b>0,900</b>	5,37	1,135	<b>0,015</b>

Nota: \*Resultados de 1 a 8: 1-2 (extrema), 3-4 (meio-termo), 5-6 (moderadamente equilibrada), 7-8 (equilibrada)

Relativamente à percepção do funcionamento familiar em função da idade dos pais (mães e pais), tal como se pode constatar na Tabela 6 não existem diferenças significativas e não se observaram médias significativamente mais elevadas em nenhuma das faixas etárias estudadas.

Tabela 6

*Análise de diferenças do funcionamento familiar (FACES II) – coesão, adaptabilidade, tipo de família – em função da idade dos pais*

Idade dos pais	33-38 anos (n = 8)		40-47 anos (n = 17)		48-55 anos (n = 11)		P
	M	DP	M	DP	M	DP	
Coesão	66,25	6,135	62,65	6,698	57,82	10,419	0,150
Adaptabilidade	49,63	6,696	51,71	3,138	50,00	6,261	0,786
Tipo de família*	6,00	1,195	5,76	1,033	5,45	1,368	0,736

Nota: \*Resultados de 1 a 8: 1-2 (extrema), 3-4 (meio-termo), 5-6 (moderadamente equilibrada), 7-8 (equilibrada)

### Forças familiares

Quanto à percepção de forças familiares pode afirmar-se que os participantes apresentam uma percepção positiva de forças na família, pois, todos os fatores obtêm resultados acima da pontuação 3,5. Para facilitar a leitura dos resultados deste questionário transformaram-se os valores absolutos em relativos, dividindo os resultados da escala e de cada fator pelo número de itens respetivos, podendo a pontuação variar entre 1 e 5<sup>2</sup>.

Observa-se na Tabela 7 que o fator 3: gestão positiva e suporte familiar obteve os resultados mais altos ( $M = 4,12$ ;  $DP = 0,417$ ;  $Min = 2,95$ ;  $Max = 4,90$ ); comparando com os fatores organização familiar positiva ( $M = 3,83$ ;  $DP = 0,511$ ;  $Min = 2,10$ ;  $Max = 4,53$ ), crenças familiares positivas ( $M = 4,02$ ;  $DP = 0,508$ ;  $Min = 2,33$ ;  $Max = 4,76$ ), emoções positivas ( $M = 3,85$ ;  $DP = 0,582$ ;  $Min = 1,93$ ;  $Max = 4,73$ ), bem como no QFF total ( $M = 3,96$ ;  $DP = 0,465$ ;  $Min = 2,33$ ;  $Max = 4,60$ ).

Tabela 7

*Análise descritiva das Forças Familiares (QFF)*

Variáveis	M	DP	Min	Max
F1: Organização familiar positiva	3,83	0,511	2,10	4,53
F2: Crenças familiares positivas	4,02	0,508	2,33	4,76
F3: Gestão positiva e suporte familiar	<b>4,12</b>	<b>0,417</b>	<b>2,95</b>	<b>4,90</b>
F4: Emoções positivas	3,85	0,582	1,93	4,73
QFF-Total	3,96	0,465	2,33	4,60

Em relação às forças familiares analisou-se de forma detalhada o modo como os adolescentes e os pais (mães e pais) percebem as forças familiares (Tabela 8). Responderam ao QFF 33 mães, 31 pais e 36 adolescentes.

<sup>2</sup> 1 = nada parecidas, 2 = pouco parecidas, 3 = mais ou menos parecidas, 4 = bastante parecidas, 5 = totalmente parecidas)

Os pais percebem as suas famílias como tendo mais organização familiar positiva ( $M = 4,07$ ;  $DP = 0,407$ ), quando comparados com as mães ( $M = 3,63$ ;  $DP = 0,363$ ) e os adolescentes ( $M = 3,88$ ;  $DP = 0,388$ ). As mães têm uma melhor percepção relativamente à gestão positiva e suporte familiar ( $M = 4,23$ ;  $DP = 0,604$ ) e às crenças familiares positivas ( $M = 4,19$ ;  $DP = 0,598$ ) das suas famílias. Já os adolescentes também visualizam as suas famílias como tendo uma maior organização familiar positiva, tal como os pais, apesar de obterem uma pontuação inferior ( $M = 3,88$ ;  $DP = 0,388$ ), seguindo-se de uma maior percepção relativamente à gestão positiva e suporte familiar ( $M = 4,04$ ;  $DP = 0,577$ ), às crenças familiares positivas ( $M = 3,87$ ;  $DP = 0,552$ ) e, por fim, quanto às emoções positivas ( $M = 3,79$ ;  $DP = 0,758$ ).

Tabela 8

*Análise descritiva da percepção das forças familiares – mãe, pai e adolescentes*

Variáveis	Mãe ( $n = 33$ )		Pai ( $n = 31$ )		Adolescente ( $n = 36$ )	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Forças familiares						
Organização familiar positiva	3,63	0,363	<b>4,07</b>	<b>0,407</b>	3,88	0,388
Crenças familiares positivas	4,19	0,598	4,03	0,575	3,87	0,552
Gestão positiva e suporte familiar	<b>4,23</b>	<b>0,604</b>	4,08	0,582	<b>4,04</b>	<b>0,577</b>
Emoções positivas	3,99	0,798	3,90	0,78	3,79	0,758

A análise de diferenças das forças familiares em função do local de habitação dos adolescentes, sexo e idade dos adolescentes, e escolaridade dos pais (Tabela 9), revela que não são observadas diferenças estatisticamente significativas, à excepção do factor organização familiar positiva, no qual os pais com ensino superior apresentam valores médios mais elevados em comparação com os pais que têm o ensino secundário, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,010$ ).

Embora nas restantes variáveis não se observem diferenças com significância estatística, os pais (pais e mães) que têm escolaridade superior apresentam os resultados médios mais altos em todos os fatores. A média mais elevada foi obtida no fator 3 - gestão positiva e suporte familiar ( $M = 4,24$ ;  $DP = 0,220$ ).

Os adolescentes que vivem em zonas urbanas têm valores médios superiores aos adolescentes que vivem nas zonas rurais, novamente com maior destaque para o fator 3 - gestão positiva e suporte familiar ( $M = 4,22$ ;  $DP = 0,173$ ). O mesmo acontece com as raparigas quando comparando com os rapazes e também no factor 3 - gestão positiva e

suporte familiar ( $M = 4,16$ ;  $DP = 0,367$ ) e, por fim, o grupo de adolescentes mais velhos (14-15 anos) é quem apresenta valores médios superiores quando comparados com os adolescentes mais novos (12-13 anos), com destaque também para o fator 3 - gestão positiva e suporte familiar ( $M = 4,19$ ;  $DP = 0,376$ ).

Tabela 9

*Análise de diferenças das forças familiares em função do local de habitação, sexo, idade dos adolescentes, e escolaridade dos pais*

Local de habitação	Rural ( $n = 18$ )		Urbana ( $n = 18$ )		$P$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$	
F1: Organização familiar positiva	3,72	0,600	3,94	0,396	0,454
F2: Crenças familiares positivas	3,85	0,621	4,19	0,298	0,069
F3: Gestão positiva e suporte familiar	4,03	0,560	<b>4,22</b>	0,173	0,352
F4: Emoções positivas	3,65	0,714	4,05	0,324	0,094
QFF-Total	3,81	0,589	4,10	0,241	0,114
Sexo	Masculino ( $n = 19$ )		Feminino ( $n = 17$ )		$P$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$	
F1: Organização familiar positiva	3,75	0,601	3,90	0,410	0,701
F2: Crenças familiares positivas	3,88	0,600	<b>4,16</b>	0,367	0,210
F3: Gestão positiva e suporte familiar	4,06	0,451	4,19	0,385	0,541
F4: Emoções positivas	3,70	0,687	4,00	0,427	0,265
QFF-Total	3,85	0,555	4,06	0,340	0,285
Idade	12-13 anos ( $n = 15$ )		14-15 anos ( $n = 21$ )		$P$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$	
F1: Organização familiar positiva	3,75	0,627	3,88	0,418	0,664
F2: Crenças familiares positivas	3,98	0,650	4,06	0,390	0,837
F3: Gestão positiva e suporte familiar	4,04	0,472	<b>4,19</b>	0,376	0,631
F4: Emoções positivas	3,82	0,724	3,87	0,472	1,000
QFF-Total	3,90	0,598	4,00	0,350	1,000
Escolaridade dos pais	Ensino superior ( $n = 12$ )		Ensino básico e secundário ( $n = 24$ )		$P$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$	
F1: Organização familiar positiva	4,17	0,255	3,67	0,528	<b>0,010</b>
F2: Crenças familiares positivas	4,16	0,339	3,96	0,568	03,23
F3: Gestão positiva e suporte familiar	<b>4,24</b>	0,220	4,07	0,480	0,357
F4: Emoções positivas	3,88	0,540	3,83	0,614	0,847
QFF-Total	4,11	0,304	3,88	0,515	0,223

Realizou-se a análise de diferenças das forças familiares em função da idade dos pais, a qual permite concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas em função desta variável (Tabela 10). Contudo, importa referir que a média mais elevada aparece na faixa etária dos 48-55 anos, no fator 3: gestão positiva e suporte familiar ( $M = 4,17$ ;  $DP = 0,539$ ).

Tabela 10

*Análise de diferenças das forças familiares em função da idade dos pais*

Idade dos pais	33-38 anos ( $n = 8$ )		40-47 anos ( $n = 17$ )		48-55 anos ( $n = 11$ )		<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
F1: Organização familiar positiva	3,89	0,388	3,94	0,409	3,62	0,685	0,476
F2: Crenças familiares positivas	4,02	0,395	4,06	0,464	3,97	0,674	0,915
F3: Gestão positiva e suporte familiar	4,12	0,338	4,09	0,388	<b>4,17</b>	<b>0,539</b>	0,718
F4: Emoções positivas	4,08	0,429	3,80	0,559	3,74	0,713	0,512
QFF-Total	4,03	0,373	3,97	0,391	3,88	0,635	0,928

### Auto-eficácia dos adolescentes

Relativamente à percepção de auto-eficácia geral (EAEG) avaliada pelos adolescentes relativamente a si (Tabela 11), o valor mais elevado encontra-se no fator iniciação e persistência ( $M = 20,11$ ;  $DP = 3,276$ ), seguido da percepção de eficácia social ( $M = 14,33$ ;  $DP = 2,414$ ) e, por fim, a eficácia perante a adversidade ( $M = 13,83$ ;  $DP = 3,828$ ). Os resultados variam devido ao número de itens de cada fator, sendo que o fator iniciação e persistência varia entre 16 a 30, o fator eficácia perante a adversidade varia entre 9 a 25, o fator eficácia social oscila entre 9 e 20, e por fim a EAEG total varia entre 38 a 72.

Constata-se que os valores obtidos indicam uma moderada percepção de auto-eficácia em todas as dimensões, uma vez que a pontuação média mais baixa obtida foi de 13,83 e refere-se à eficácia perante a adversidade.

Tabela 11

*Análise descritiva da Auto-Eficácia Geral (EAEG)*

Variáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Iniciação e persistência	<b>20,11</b>	3,276	16	30
Eficácia perante a adversidade	<b>13,83</b>	3,828	9	25
Eficácia social	14,33	2,414	9	20
EAEG-Total	48,28	7,331	38	72



Não existem diferenças significativas relativamente à autoeficácia geral em função das variáveis tipo de habitação, sexo, e idade dos adolescentes, como se pode constatar na Tabela 12. Todavia, os adolescentes que vivem em zonas rurais apresentam valores médios mais elevados em todos os fatores em comparação com os que vivem em zonas urbanas, evidenciando o fator 1: iniciação e persistência ( $M = 20,33$ ;  $DP = 3,896$ ). As raparigas são quem apresenta uma percepção de autoeficácia superior no fator 1: iniciação e persistência ( $M = 20,12$ ;  $DP = 2,956$ ) e no fator 3: eficácia social ( $M = 14,53$ ;  $DP = 2,625$ ), quando comparadas com os rapazes que, por sua vez, apresentam uma percepção de auto-eficácia superior à das raparigas no fator 2: eficácia perante a adversidade ( $M = 14,47$ ;  $DP = 4,414$ ). Constata-se igualmente que é na faixa etária dos 12-13 anos que se observam os valores médios mais altos no que respeita à percepção de auto-eficácia, destacando-se o fator 1: iniciação e persistência ( $M = 20,93$ ;  $DP = 3,845$ ).

Tabela 12

*Análise de diferenças da auto-eficácia geral em função do local de habitação, sexo, e idade dos adolescentes*

Local de habitação	Rural ( $n = 18$ )		Urbana ( $n = 18$ )		<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Iniciação e persistência	<b>20,33</b>	3,896	19,89	2,610	0,963
Eficácia perante a adversidade	14,33	4,498	13,33	3,068	0,719
Eficácia social	14,44	2,332	14,22	2,557	0,719
EAEG-Total	49,11	8,309	47,44	6,336	0,628
Sexo	Masculino ( $n = 19$ )		Feminino ( $n = 17$ )		<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Iniciação e persistência	20,11	3,619	20,12	2,956	0,802
Eficácia perante a adversidade	<b>14,47</b>	4,414	13,12	3,018	0,415
Eficácia social	14,16	2,267	<b>14,53</b>	2,625	0,731
EAEG-Total	48,74	7,894	47,24	6,851	0,754
Idade	12-13 anos ( $n = 15$ )		14-15 anos ( $n = 21$ )		<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Iniciação e persistência	<b>20,93</b>	3,845	19,52	2,750	0,324
Eficácia perante a adversidade	14,27	4,183	13,52	3,628	0,634
Eficácia social	14,53	1,552	14,19	2,909	0,485
EAEG-Total	49,73	7,860	47,24	6,935	0,391

### **Funcionamento familiar, auto-eficácia dos adolescentes e forças familiares**

A Tabela 13 apresenta a análise de correlações calculada com o Coeficiente de Correlação de Spearman<sup>3</sup>, no sentido de testar as relações entre funcionamento familiar, perceção da autoeficácia dos adolescentes e perceção das forças familiares.

É de referir as correlações altas entre a coesão (funcionamento familiar) e a organização familiar positiva (forças familiares) ( $p = 0,737^{**}$ ), e entre a adaptabilidade (funcionamento familiar) e o QFF total ( $p = 0,727^{**}$ ).

Estes dados permitem concluir que existem relações significativas elevadas entre o funcionamento e as forças familiares.

---

<sup>3</sup> Nas correlações muito baixas, o  $p$  situa-se abaixo de 0,19; nas correlações baixas, o  $p$  está entre 0,20 e 0,39, enquanto nas correlações moderadas o  $p$  está entre 0,40 e 0,69, considerando alta uma correlação que se situe entre 0,70 e 0,89 (Pestana & Gageiro, 2008).

Tabela 13

*Correlações entre o funcionamento familiar (FACES II), Auto-Eficácia Geral (EAEG) e Forças Familiares (QFF)*

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.Coesão	<b>0,575**</b>	<b>0,875**</b>	-0,240	-0,158	-0,128	-0,234	<b>0,737**</b>	<b>0,570**</b>	<b>0,512**</b>	<b>0,615**</b>	<b>0,687**</b>
<i>Sig</i>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,159	0,358	0,457	0,169	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	<b>0,005</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
2.Adaptabilidade	-	<b>0,757**</b>	-0,154	-0,297	-0,270	-0,321	<b>0,690**</b>	<b>0,644**</b>	<b>0,575**</b>	<b>0,697**</b>	<b>0,727**</b>
<i>Sig</i>	-	<b>0,000</b>	0,370	0,078	0,112	0,056	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
3. Tipo de família	-	-	-0,137	-0,113	-0,235	-0,206	<b>0,768**</b>	<b>0,623<sup>aa</sup></b>	<b>0,522**</b>	<b>0,679<sup>aa</sup></b>	<b>0,741<sup>aa</sup></b>
			0,426	0,511	0,168	0,227	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,004</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
4.Inicição e persistência	-	-	-	<b>0,506**</b>	0,193	<b>0,758**</b>	-0,361	-0,168	-0,255	-0,101	-0,172
<i>Sig</i>				<b>0,002</b>	0,260	<b>0,000</b>	0,059	0,392	0,191	0,608	0,380
5.Eficácia perante a adversidade	-	-	-	-	0,216	<b>0,801**</b>	-0,229	-0,242	-0,277	-0,256	-0,215
<i>Sig</i>					0,205	<b>0,000</b>	0,242	0,214	0,154	0,188	0,273
6.Eficácia social	-	-	-	-	-	<b>0,591**</b>	-0,128	-0,113	-0,093	-0,200	-0,139
<i>Sig</i>						<b>0,000</b>	0,518	0,568	0,638	0,307	0,481
7.EAEG-Total	-	-	-	-	-	-	-0,307	-0,234	-0,234	-0,225	-0,215
<i>Sig</i>							0,112	0,231	0,232	0,249	0,273
8.Fator 1:Organização familiar positiva	-	-	-	-	-	-	-	<b>0,749**</b>	<b>0,611**</b>	<b>0,738**</b>	<b>0,855**</b>
<i>Sig</i>								<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
9.Fator2:Crenças familiares positivas	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0,774**</b>	<b>0,831**</b>	<b>0,950**</b>
<i>Sig</i>									<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
10. Fator 3:Gestão positiva e suporte familiar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0,628**</b>	<b>0,816**</b>
<i>Sig</i>										<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
11.Fator 4:Emoções positivas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0,905**</b>
<i>Sig</i>											<b>0,000</b>
12.QFF-Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Sig</i>											

## Discussão

Através da análise dos dados recolhidos, salientamos cinco resultados fundamentais a discutir.

Os vários participantes (mães, pais e adolescentes) têm uma percepção do funcionamento familiar coincidente, percebem a sua família como sendo ligada relativamente à dimensão coesão, flexível quanto à adaptabilidade e moderadamente equilibrada quanto ao tipo de família, apesar de as mães percecionarem as suas famílias como sendo mais coesas e mais adaptativas, comparando com os pais e com os filhos adolescentes. Os pais (ou mães) com licenciatura apresentam valores mais elevados no funcionamento familiar, na coesão, adaptabilidade e tipo de família.

Quanto às forças familiares, as famílias percecionam ter forças elevadas e avaliam mais positivamente a gestão positiva e suporte familiar e pior a organização familiar positiva.

Relativamente à Auto-Eficácia Geral (EAEG), os adolescentes apresentam uma percepção de auto-eficácia positiva mas moderada em todas as dimensões, destacando-se como mais elevada a iniciação e persistência.

Observaram-se correlações altas entre o funcionamento familiar e as forças familiares. Existem correlações elevadas entre a coesão e a organização familiar positiva, entre a adaptabilidade e emoções positivas, bem como entre a adaptabilidade as forças totais.

A coesão e a adaptabilidade familiar têm sido consideradas dimensões cruciais do funcionamento da família e são particularmente importantes em contextos de adversidade e de doença. A coesão familiar é descrita como a ligação emocional que deve ser estabelecida entre todos os elementos de uma família (Olson & Gorall, 2003). Famílias coesas tem valores, objetivos, prioridades, expetativas e uma visão do mundo delineada, pois valorizam mais o “nós” do que o “eu”, incrementando assim a pertença ao grupo e a resiliência e suportando eficazmente os problemas e as adversidades (Hawley & De Hann, 1996). Segundo Olson, (1988), as famílias que se situam nos níveis centrais de coesão (separada e ligada), possuem um bom funcionamento familiar, pois são simultaneamente independentes e ligadas à família. Uma família funcional, ao nível da coesão será aquela em que cada pessoa da família é simultaneamente autónoma e íntima dos familiares (idem).

As famílias estudadas neste trabalho percecionam-se como ligadas, ou seja, têm uma coesão elevada, o que está em consonância com os trabalhos desenvolvidos por vários autores (Anderson e colaboradores, 1981; Rodrigues & Patterson, 2007; Olverstreet, Goins, Chen, Holmes & Frentz, 1995; Olson, 2000). As famílias ligadas promovem o espaço para a

autonomização quando necessário para o desenvolvimento dos adolescentes, conseguindo de igual modo estar presentes. Anderson e colaboradores (1981) compararam famílias de adolescentes diabéticos tipo 1 entre os 11 e 19 anos com diversos graus de controlo metabólico e concluíram que os adolescentes com um melhor controlo referiam a existência de uma maior coesão e a não existência de conflitos na sua família.

Também Rodrigues e Patterson (2007) avaliaram o impacto da doença crónica no funcionamento familiar em 262 pais e mães de adolescentes portadores de uma doença crónica (e.g., condições neurológicas, deficiência no desenvolvimento com ou não atraso mental e condições pulmonares), tendo concluído que o funcionamento destas famílias é semelhante ou melhor quando comparado com famílias de crianças com ausência de um diagnóstico de doença crónica no seio da família. O facto destas famílias que participaram nesta amostra serem 90% compostas por famílias nucleares intactas, ou seja constituídas por ambos os progenitores e serem maioritariamente de classe média, torna-se um bom indicador do aumento de forças internas da família (Rodrigues & Patterson, 2007).

Patterson, (2002) refere que a presença de um diagnóstico de diabetes tipo 1, parece desencadear uma força centrípeta na família, uma vez que esta passa a viver em função da doença do seu filho, pois é possível que todos os elementos se centrem no doente, tentando disponibilizar auxílio necessário, como os cuidados com as rotinas e as preocupações com o tratamento, para além de desempenharem mais cuidados dos que já se previam ter na adolescência, tornando a doença num foco de atenção interna na família.

As famílias que participaram no estudo atual têm na composição do seu agregado familiar maioritariamente famílias nucleares de duas gerações (pais e filhos). A estrutura da família constitui uma variável muito importante. Num trabalho onde participaram adolescentes diabéticos, verificou-se que uma estrutura familiar não tradicional (em que não existe família nuclear/pai, mãe) se associa a níveis baixos de coesão e a dificuldades no funcionamento da família, bem como a problemas no comportamento dos adolescentes (Olverstreet, Goins, Chen, Holmes, & Frenz, 1995). Beavers e Voeller (1983) descrevem que as forças centrípetas e centrífugas das famílias se encontram intimamente relacionadas com a coesão familiar.

De acordo com Garnezy (1993) e Wyman et al. (1992), os agregados familiares onde prevalece a coesão parecem contribuir para que os adolescentes sejam mais resilientes. A resiliência é reforçada através do suporte mútuo, colaboração e empenho dos elementos da família para atravessar, de forma coesa, novos desafios e problemas, sendo um processo que

emerge das aptidões individuais, das interações familiares, da comunidade, da ligação e suporte emocional entre familiares, entre outros (Walsh, 2003).

A coesão e a adaptabilidade são compostas por vários níveis, sendo que os níveis moderados correspondem a um funcionamento equilibrado enquanto, que os níveis mais extremos podem ser considerados como mais problemáticos (Olson, 2000). A coesão familiar tem sido associada com melhores resultados nos jovens com doenças crónicas e nas suas famílias (Patterson & Garwick, 1994).

A adaptabilidade familiar é definida como o grau de flexibilidade/ capacidade da família alterar a sua estrutura do poder, as regras de funcionamento e os papéis relacionais em resposta a uma situação de stresse situacional e de desenvolvimento. Os conceitos que caracterizam estas dimensões envolvem o controlo, a disciplina, os papéis e as regras (Olson, 2000). As famílias deste estudo, percecionam-se quanto à adaptabilidade como sendo flexíveis (tipo flexível), ou seja, operam de forma variável e possuem competências de negociação (Relvas & Alarcão, 2002). Nas famílias flexíveis, a liderança é dividida de forma igual por todos os elementos da família, onde também são incluídas as crianças e os adolescentes, sendo feitas as adequações de regras e de papéis em função da idade necessárias (Olson, 2000). Perante uma situação de doença pode existir a necessidade de partilhar os papéis desempenhados anteriormente pelo doente, pelo que é necessário que exista flexibilidade entre todos os elementos da família para renegociar os papéis e as funções (Góngora, 2002).

Os níveis elevados de adaptabilidade (estruturada e flexível) estão associados a um bom funcionamento familiar (Olson, 1988) no qual se encontra equilíbrio entre a estabilidade/mudança, pois famílias que dispõem de elevados níveis de adaptabilidade conseguem construir um ponto de equilíbrio, podendo assim alternar entre a estabilidade e a mudança de uma forma harmonizada e adequada, é importante que estas famílias de adolescentes com doenças crónicas disponibilizem flexibilidade na sua estrutura familiar, para que todos os elementos possam desempenhar os seus papéis e assumirem outros sempre que for necessário.

A família funcional deve ter flexibilidade para mudar e também ser capaz de manter a estabilidade nas rotinas e regras familiares (Olson, 1988).

Os nossos participantes percecionam as suas famílias como sendo do tipo moderadamente equilibrada (coesão ligada e adaptabilidade flexível). Pode observar-se uma divergência na avaliação da coesão e adaptabilidade entre os elementos familiares. As mães obtiveram

resultados mais elevados de coesão e adaptabilidade e os adolescentes os resultados mais baixos. Este resultado vai de encontro ao estudo de validação da escala FACES II e outros estudos com diversos tipos de famílias onde são observadas médias de coesão e adaptabilidade dos adolescentes inferiores às dos adultos (Giddens, 1996; Olson, 2000). Este dado é interessante uma vez que as dificuldades que uma doença com as características da diabetes tipo 1 acarreta recaem necessariamente sobre as mães, uma vez que há que ter uma vigilância constante numa série de dimensões da vida dos filhos (alimentação, medicação, cuidados de saúde, etc.) o que corresponde a uma grande responsabilidade sob estas cuidadoras (Pliger e Abreu, 2007; Sullivan-Bolyai et al., 2002). Porém são as mães que apresentam, na generalidade, valores mais elevados de coesão e adaptabilidade, o que significa que a doença também poderá ter contribuído para a aproximação destas aos seus filhos e o aperfeiçoamento e o desenvolvimento de competências e papéis na família. O cuidar também é entendido como uma tarefa solitária e centrada na figura materna (Almeida et al., 2006) o que poderá ajudar a explicar a percepção positiva das mães sobre a sua família, apesar da doença. Num estudo realizado por Oliveira e Gomes (2004), com adolescentes com doenças crónicas, os autores concluíram que a figura materna faz a mediação entre o médico e a criança, pois, mesmo quando a mãe não está presente nas consultas, os adolescentes procuram tirar conclusões do que ouvem no consultório com estas, mesmo que por vezes não tenham compreendido bem os esclarecimentos médicos. Também segundo Pliger e Abreu (2007), são sobretudo as mães que após o diagnóstico da doença de diabetes tipo 1 aos seus filhos passam a desempenhar novas tarefas que se relacionam com os hábitos alimentares, medicação e que fazem procuras/investigações para aprenderem a lidar melhor com os efeitos físicos e sociais que a doença possa causar aos seus filhos. Em vários estudos desenvolvidos com mães de adolescentes diabéticos, constata-se que a descoberta deste diagnóstico de doença crónica nos seus filhos lhes provoca novos sentimentos (medo, angústia, tristeza, ansiedade) e aquisição de novos desafios dentro e fora do seio familiar (Marco et al., 2007; Nunes & Dupas, 2004).

No presente estudo os pais (pai e mãe) que possuem o ensino superior (licenciatura) apresentam valores mais elevados quanto ao funcionamento familiar - coesão, adaptabilidade e tipo de família. É possível que pais com uma maior escolaridade consigam com maior facilidade perceber a doença e as suas implicações e, por isso, mais facilmente conseguem realizar aprendizagens e estratégias de adaptação à diabetes. Apesar de, a maior parte das famílias terem uma percepção superficial sobre a doença dos seus filhos, os doentes e

familiares agregam o conhecimento de “senso comum” às informações dos médicos e a pesquisas, no sentido de perceber e gerir melhor a doença. Segundo Nossa (2001), o poder possuído por um indivíduo ou pela sua família, pelo seu estatuto social ou classe profissional, também se relaciona com a maneira como o doente gere o diagnóstico. A cultura interfere na maneira como o indivíduo reage às diferentes sensações e as transforma. Segundo a “teoria do rótulo social” a forma como o doente reage ao seu diagnóstico é inicialmente determinado pela sua posição social e pelas normas da sua família, mais do que pelos sintomas e sinais objetivos e definidos universalmente (Silva, Guedes, Moreira & Sousa 2002). As condições socioeconómicas, culturais e a falta de formação e instrução de alguns familiares de adolescentes diabéticos tipo 1 após a alta hospitalar associam-se à ocorrência de frequentes internamentos hospitalares o que acontece porque os familiares dos pacientes e os pacientes não têm recursos, sobretudo intelectuais para dar continuidade ao tratamento em casa (Silva, et al., 2002). Por outro lado, a convivência diária com a doença vai ajudar a família na prestação dos cuidados necessários aos seus filhos (Araújo, Paúl & Martins, 2009) o que certamente ajudará a família a adapta-se e a conhecer a doença para assim poder controlá-la melhor.

Relativamente ao terceiro ponto, o qual refere que, as famílias neste estudo se percebem como tendo percepção positiva de forças, em todos os fatores analisados. Williams et al. (1985, cit em Dunst, Trivette & Deal, 1994) define as forças familiares como sendo os padrões de relação, competências interpessoais e características psicossociais que criam uma identidade positiva da família, promovem uma interação suficiente entre os seus elementos e encorajam o desenvolvimento e o potencial familiar enquanto grupo e de cada um dos seus indivíduos individualmente contribuindo assim para a uma melhor capacidade de lidar eficazmente com o stress e as crises. Não é a presença ou ausência destes componentes que tornam uma família forte, mas sim a junção das suas características (Dunst, Trivette & Deal, 1994). As famílias possuem diferentes tipos de valores, competências e padrões de interação que em conjunto descrevem o seu estilo de funcionamento familiar, que indica a maneira como cada família se desenvolve (Dunst et al., 1994).

De todos os fatores do QFF, a gestão positiva e suporte familiar foi o que obteve resultados mais elevados entre todos os inquiridos. A gestão positiva e suporte familiar é o terceiro fator do Questionário de Forças Familiares desenvolvido por Melo e Alarcão (2011). Este fator é composto pelos itens 17, 18, 19, 20, 22, 23 e 27, que abordam questões como; amigos, vizinhos ou pessoas conhecidas que ajudam, gestão do dinheiro, capacidade de



seguir em frente face a problemas os quais não conseguem lidar, valores, gestão de imprevistos e dificuldades e mobilização de ajuda na rede de apoio. A realização desta investigação implicou um contacto direto com os participantes e neste contexto e no decorrer das consultas de endocrinologia e diabetologia, muitos adolescentes foram acompanhados pela mãe e por outros familiares como avós ou primos ou mesmo alguns vizinhos. Foi notório quando questionados pelos profissionais de saúde, acerca de questões relacionadas com o suporte social, muitos adolescentes afirmarem que conseguem verbalizar e confidenciar algumas questões relacionadas com a sua patologia aos seus familiares, amigos e vizinhos, sentindo-se compreendidos e apoiados quando não conseguem desempenhar algumas funções relacionadas com o tratamento da sua doença e também no contexto do seu dia-a-dia não apenas pela família mas também pelos amigos e vizinhos. O apoio destas pessoas amigas, familiares e de instituições é percecionado como sendo muito importante para estas famílias, pois conseguem assim enfrentar estas alterações com sucesso. Para Silva (2002), a presença de uma doença crónica num elemento da família é o momento em que a família procura várias formas de reorganização, revendo os seus valores e práticas.

Tanto os pais como os adolescentes que participaram neste estudo percecionam as suas famílias como tendo uma maior organização familiar positiva, em comparação com as mães que têm uma melhor percepção relativamente à gestão positiva e suporte familiar. O grupo de adolescentes mais velhos (14-15 anos) é quem apresenta valores médios superiores quando comparados com os adolescentes mais novos (12-13 anos). Segundo Martins e Pires (2001), a forma como o adolescente se adapta à doença, pode ser influenciada pelo sexo, idade e pelo ambiente familiar.

Podem ocorrer mudanças significativas das estratégias de enfrentamento da doença à medida que o indivíduo se desenvolve. Nesse sentido, os adolescentes, crianças e adultos diferenciam-se na forma como enfrentam os problemas. O facto de estar no início, no meio ou no fim da adolescência também contribui para a diversificação das estratégias de enfrentamento. Williams e MacGillicuddy-De Lisi (2000) referem que os adolescentes mais velhos têm um repertório maior de capacidades cognitivas, o que reduz consideravelmente o nível de estresse por eles vivenciado. A forma como os adolescentes lidam com a situação (doença crónica) é descrita como uma estratégia de enfrentamento muito utilizada por adolescentes mais “seguros” ou “maduros”, como afirmam Williams e MacGillicuddy-De Lisi (2000), o que significa, que os adolescentes com baixo grau de maturidade, ou mesmo os mais novos, apresentam uma maior possibilidade de usarem estratégias evidenciadas na

emoção, apresentando respostas como revolta e medo de enfrentar a doença. Estes adolescentes não conseguem entender as dificuldades que sentem em relação ao diagnóstico da doença e à adesão ao tratamento, necessitando muitas vezes de mais controle e auxílio por parte dos pais/familiares/amigos do que os adolescentes mais velhos.

O fator organização familiar positiva, é composto pelos itens 2,3,4,5,6,7,8,9,10 e 13, que reflete o otimismo, união, participação na tomada de decisões e nas tarefas diárias de casa. É importante perceber se as mães dão a abertura necessária para que os pais se sintam capazes de participarem nos cuidados dos seus filhos, porque muitas mães demonstram ter algumas dificuldades em separar-se destes. Estas situações desencadeiam sentimentos profundos de preocupação e um medo implícito de perda, apesar de que em casos de hospitalização a separação seja inevitável (Castro & Piccinini, 2004). Relativamente à figura paterna as mães procuram e valorizam o auxílio do pai na educação, evidenciando as brincadeiras e a ajuda fornecida nos cuidados diários do filho. Mães de crianças com doença crónica, apresentam-se mais desanimadas com o pouco comprometimento dos pais no tratamento da saúde da criança, sentindo-se sozinhas para administrar a medicação, deslocar-se com a criança ao médico, acompanhá-la nas hospitalizações e em outros procedimentos (Ferreira, 2013). Na fase da adolescência os pais assumem funções distintas e socialmente definidas. No caso dos pais de adolescentes com doenças crónicas, por norma, o pai assume a responsabilidade económica para a manutenção da família, contribuindo mais nas atividades domésticas e nos cuidados dos outros filhos com ausência de doença (Azeredo, Amado, Silva, Marques & Mendes, 2004). Já a mãe, em muitos casos deixa de trabalhar para se dedicar a tempo inteiro à criança doente, uma vez que esta necessita de cuidados continuados (Azeredo et al., 2004; Silva, Collet, Silva & Moura, 2010).

Em quarto lugar, falando dos resultados obtidos na Escala de Auto-Eficácia Geral (EAEG) observa-se que os adolescentes com diabetes tipo 1 têm uma percepção de autoeficácia média em todas as dimensões, destacando-se no fator iniciação e persistência. Este dado vai ao encontro das conclusões de Grey (1998), que pretendeu avaliar a associação que os adolescentes portadores de diabetes fazem entre os fatores pessoais (autoeficácia e estratégias de confronto), o controlo metabólico e qualidade de vida. Concluiu que os adolescentes que apresentam uma autoeficácia mais elevada entendem que a diabetes tem um menor impacto na sua vida e não demonstram grande preocupação com a doença. Vários estudos (Almeida, 2003; Senécal, Nouwen & Withe, 2000) também evidenciam o que foi referido

anteriormente, ou seja, os adolescentes que possuem uma percepção de autoeficácia consideravelmente elevada, não vivenciam um impacto nefasto da diabetes tipo 1 na sua vida.

Segundo Bryon (1998) a autoeficácia tem surgido muitas vezes como uma variável capaz de influenciar a adesão ao tratamento e o controlo metabólico. A teoria da autoeficácia é uma parte crucial na teoria de Bandura, segundo a qual a iniciação, persistência ou abandono de uma ação ou comportamento são sobretudo afetados pelos valores interpessoais relativos às capacidades e probabilidades do indivíduo enfrentar e superar as adversidades ambientais (Bandura, 1989; Lent & Maddux, 1997).

As crenças de autoeficácia determinam o nível de motivação e esforço dedicados para atingir um objetivo. Quanto mais forte é a crença nas capacidades pessoais maior e melhores serão os esforços. Os indivíduos que têm uma percepção de autoeficácia mais elevada conseguem imaginar cenários de sucesso (o que os motiva para a realização de várias ações, como o caso de efetuarem bem o tratamento os adolescentes com diabéticos tipo 1), aqueles que se percebem como incapazes estão mais direcionados a imaginar cenários de insucesso (que prejudicam a realização da ação, não efetuando o tratamento de forma correta no caso dos portadores de diabetes tipo 1) (Bandura, 1989).

Rovet e Fernandes (1999) afirmam que os adolescentes que possuem mais conhecimentos acerca da diabetes mostram níveis inferiores de stresse e uma autoeficácia mais elevada e lidam melhor com as particularidades da doença.

Os adolescentes deste estudo, como foi supracitado anteriormente, demonstram uma percepção de autoeficácia média, pois os resultados são médios em todos os fatores, sendo que o fator iniciação e persistência obtêm a média mais elevada. Através deste fator, pode-se avaliar a percepção de autoeficácia do adolescente acerca da capacidade em realizar os planos e os objetivos que idealiza, se tem confiança nele próprio, se é capaz de enfrentar os seus problemas e resolver as situações devidamente ou se é inseguro na realização das tarefas. Uma explicação para estes valores médios percebidos pelos adolescentes podem ser justificados por estes se encontrarem na adolescência, que é uma fase que se caracteriza pela necessidade de afirmação, autonomia e de independência. Diante uma fonte de stresse como é o diagnóstico de uma doença crónica (neste caso a diabetes tipo 1), a família pode exercer alguma pressão para que o adolescente cumpra o tratamento, o que pode dificultar a sua individualização e autoafirmação, gerar mais stresse e uma percepção de autoeficácia mais baixa (Stern & Zevon, 1990; Shuman, SeiffgeKrenke & Samet, 1987).

Ainda segundo Hoeltje, Zubrick, Silburn e Garton (1996), adolescentes que vivem em famílias equilibradas, onde existe respeito mútuo entre os seus elementos e com poucos conflitos, tendem a desenvolver a crença de que têm capacidades para lidar melhor com as constantes adversidades da vida, quando comparados com adolescentes que vivem em famílias com pouco suporte social.

Por último, no ponto cinco verificamos que existem correlações elevadas entre a coesão e a organização familiar positiva, entre a adaptabilidade e emoções positivas, bem como entre a adaptabilidade e o QFF total, concluindo-se que existem relações significativas entre o funcionamento e as forças familiares.

As famílias que são mais organizadas, com uma estrutura mais coesa e com um padrão de comunicação clara e com capacidade de resolução dos conflitos têm mais capacidade de gerar suporte nas tarefas impostas pelo tratamento da diabetes, fazendo com que adolescentes diabéticos tenham melhores condições para aderir ao tratamento (La Greca & col., 1995; Drotar, 1997; La Greca & Thompson, 1998; Seiffge-Krenke, 1998; Barakat & Kazak, 1999). A incapacidade da família para se organizar e manter-se coesa, em volta de estratégias apropriadas para lidar com o tratamento, poderá limitar e impedir o adolescente de desenvolver competências, estratégias mais eficazes no tratamento e conseguir um controlo metabólico que lhe permita viver com uma melhor qualidade de vida. Segundo Marcon, Sassá, Soares e Molina, (2007) a doença gera uma responsabilidade acrescida na família sendo que a coesão vai depender da flexibilidade dos seus elementos e da sua capacidade de adaptação à diabetes.

A notícia de uma doença grave na criança é um dos acontecimentos mais dramáticos na vida de uma família, levando-a a viver uma crise emocional que afeta todos os seus elementos. Esta notícia provoca na família um sofrimento emocional intenso, uma vez que a doença constitui para todos os seus elementos uma surpresa dolorosa de vivenciar que poderá colocar à prova os valores em que se baseia a família, a solidez dos laços afetivos entre os seus elementos, a união e a solidariedade entre todos (Ferreira, 2003).

Perante uma doença crónica a família encontra-se numa situação de risco e maior vulnerabilidade, devido às características da doença que quando não devidamente controladas consomem as energias da família. Para que a família possa conviver com esta situação diariamente as doenças crónicas como o caso da diabetes tipo 1, devem ser aceites e compreendidas (Marcon, Radovanovic, Waidman, Oliveira & Sales, 2005).

## Conclusão

Através deste estudo pode-se concluir que as famílias se percebem como sendo funcionais, uma vez que apresentam elevada coesão e adaptabilidade familiar. Constatou-se que os pais que possuem o ensino superior (licenciatura) apresentam resultados mais elevados de coesão e adaptabilidade familiar. Também foram observadas diferenças significativas na dimensão da adaptabilidade em função do local de habitação dos adolescentes sendo que os que residem em zonas urbanas têm as pontuações médias mais elevadas na dimensão coesão e na adaptabilidade familiar.

Pode afirmar-se que os participantes (pais, mães e adolescentes) apresentam uma elevada percepção de forças na família, apresentando resultados elevados em todos os fatores, realçando o fator 3: gestão positiva e suporte familiar. A percepção de autoeficácia avaliada pelos adolescentes relativamente a si próprios apresenta valores médios, sendo que o valor mais elevado encontra-se no fator iniciação e persistência.

Conclui-se ainda que existem relações significativas elevadas entre o funcionamento e as forças familiares.

Pode afirmar-se que a doença se constitui como um factor de adversidade na vida dos adolescentes e famílias que pode torná-las mais fortes, contribuindo para sua capacidade de suporte e adaptação. Poderá também equacionar-se que as famílias estudadas já possuíssem estas características antes do aparecimento da doença e face à mesma a família soube como a gerir incluindo-a na dinâmica ajustada do seu funcionamento. Não se pode afirmar a partir deste estudo, uma vez que é um estudo transversal, se a doença promoveu ou não características positivas do funcionamento da família mas pode afirmar-se que estas famílias se percebem como tendo os recursos para lidar com esta adversidade.

Enquanto implicações clínicas deste estudo parece-nos importante a realização de um acompanhamento psicológico aos adolescentes diabéticos, devido ao impacto a nível emocional causado pela doença crónica, uma vez que a percepção de autoeficácia destes poderia ser melhorada. Este acompanhamento proporcionaria espaço para a elaboração dos aspetos emocionais da doença e com isso minimizará os sofrimentos psíquicos que podem surgir. Para isso o psicólogo tem que observar, ouvir as palavras e os silêncios, vivenciar junto do adolescente os conflitos e problemas desta nova condição de ser diabético.

A intervenção psicológica com o adolescente diabético poderia realizar-se individualmente ou em grupo. Ambas as intervenções têm como objetivo a elaboração e aceitação da doença para obtenção de uma melhor qualidade de vida.

Uma vez que este trabalho permitiu elucidar que a família se constitui como um suporte fundamental à gestão e enfrentamento da doença do adolescente os profissionais de saúde devem trabalhar com os pais o fortalecimento das capacidades parentais (Carreiras, 2000). Alguns profissionais de saúde tentam explicar a doença por palavras simples, relacionando-a a algo do dia-a-dia presenciado pela família, sendo precíval uma melhor compreensão acerca da condição de saúde da criança (Sabatés & Borba, 2005). A família ao pedir explicação sobre a doença do filho precisa de informações adequadas ao seu nível de compreensão. A escolaridade dos pais também é um fator cada vez mais importante a ter em conta no processo de cuidar de um filho. Torna-se necessário que os profissionais de saúde sejam sensíveis de forma a aumentar o foco da assistência na saúde, incluindo a família como parte essencial no processo de cuidar da saúde da criança com uma doença crónica (Aráujo et al., 2009)

Este estudo, apresenta algumas limitações, neste caso, o facto de a amostra ser limitada a 36 participantes torna-a pouco representativa.

Torna-se importante que futuramente este tipo de estudos possa ser longitudinal, no sentido de perceber as alterações sofridas no funcionamento familiar, forças e auto-eficácia ao longo da adaptação à doença e nas suas diferentes fases, podendo também ser estudados os principais obstáculos e dificuldades enfrentados pelos adolescentes e famílias com doenças crónicas. Deve-se ter em atenção a relação com a equipa médica, especificar a fase em que se encontra a doença, há quanto tempo foi diagnosticada, entre outros aspetos. Acredita-se que uma boa compreensão da maneira como o adolescente vivencia a sua doença, o trabalho da equipa médica em conjunto com o da família, possam combater as várias necessidades e dificuldades sentidas pelos adolescentes (Morris, Johnson, Booker, Gunnery & Meek 2006; Turner, 2008). A família deve ser envolvida em programas de educação acerca da diabetes, de forma a proporcionar um aumento do envolvimento destes na vida do adolescente (Zanetti, Biaggi, Santos, Péres & Teixeira, 2008). Para além disso, o sucesso da terapêutica passa também pela necessidade de ter um grupo interdisciplinar, que acompanhe a família e o adolescente desde a descoberta do diagnóstico e que faça o acompanhamento da sua vida diária e da sua família. (Day, 2007).

Esperamos que estes resultados possam contribuir para auxiliar as famílias de adolescentes diabéticos tipo 1 a enfrentar de uma forma adaptativa a doença, motivando as famílias e os seus filhos de modo a conseguirem lidar melhor com situações que possam surgir futuramente relacionadas com a doença crónica na infância e na adolescência.

### Referências Bibliográficas

- Abreu, I. I. & Pilger, C. (2007). Diabetes Mellitus na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. *Cogitare Enferme*, 12(4), 494-501.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares – uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alemzadeh, R. & Ali, O. (2011). Type 1 diabetes Mellitus (immune mediated). In R. M. Kliegman, B. F. Stanton, J. W. Geme, N. F. Schor & R. E. Behrman (Eds.). *Nelson textbook of pediatrics* (19<sup>th</sup> edition, pp. 1969-1990). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Almeida, M. I., Higarashi, I. H., Molina, R. C., Marcon, S. S. & Vieira, T. M. (2006). O ser mãe de criança com doença crónica: Realizando cuidados complexos. *Revista de Enfermagem*, 10(1), 36-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000100005>.
- Almeida, P. (2003). *Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Braga.
- Anderson, B. J., Miller, P., Auslander, W. F. & Santiago, J. V. (1981). Family Characteristics of Diabetic Adolescents: Relationship to Metabolic Control. *Diabetes Care*, 4, 586-594.
- American Diabetes Association (2000). Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Diabetes Care*, 23(1), 27-31.
- 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000300008>.
- Araújo, I. M., Paúl, C., & Martins, M. M. (2009). Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2), 191-197. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v8i2.8198.
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2004). *Viver com diabetes* (2<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Azar, R. & Solomon, C. R. (2001). Coping strategies of parents facing child diabetes mellitus. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(6), 418-428. doi: 10.1053/jpdn.2001.27878.
- Azaredo, Z., Amado, J., Silva, H., Marques, I. & Mendes, M. (2004). A família da criança oncológica. Testemunhos. *Acta médica portuguesa*, 17, 375-380.
- Bandura, A. & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87-99. doi: 10.1037/0021-9010.88.1.87.
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.88.1.87>.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-251.
- Barakat, L. P. & Kazak, A. E. (1999). Family Issues. Em R. T. Brown (Ed.), *Cognitive Aspects os Chronic Illness in Children*. New York: The Guilford Press
- Barros, P. (2003). *Psicologia pediátrica – Perspetivas desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Blackman, J. A., Gurka, M. J., Gurka, K. K. & Oliver, M. N. (2011). Emotional, developmental and behavioural co-morbidities of children with chronic health conditions. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 47, 742-747. doi: 10.1111/j.1440-1754.2011.02044.x.
- Blanchard, E. B (1982). Behavioral medicine: past, present, and future. *Journal Consulting Psychology*, 50(6), 795-796.

- Boavida J. M., Fragoso de Almeida, J. P., Massano Cardoso, S., Sequeira Duarte, J., Duarte, R., Ferreira, H., ... Raposo, J. (2012). Diabetes: factos e números 2011 – relatório anual do observatório nacional da diabetes. *Sociedade Portuguesa de Diabetologia*, 13-14.
- Bryon, M. (1998). Adherence to Treatment in Children. Em L. B. Myers, & K. Midence (Eds.), *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. London: Harwood Academic Publishers.
- Castro, E. & Piccinini, C. (2004). A experiência da maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 89-99. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/261/26190111.pdf>.
- 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). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722002000300016>.
- Caldeira, J. (2002). *Educação do diabético*. Em R. Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica* (pp. 409-421). Lisboa: Lidel.
- Chase, H. P. & Eisenbarh, G. S. (2004). *Diabetes Mellito*. Em W. W. Hay, A. R. Hayward, M. J. Lewin & J. M. Sondheimer (Eds.), *Pediatria: Diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: McGrawHill.
- Carreiras, M. A. (2000). A criança com doença crónica, os pais e a equipa terapêutica. *Análise Psicológica*, 3(18). 277-280.
- Cunha, A. I. (2011). *Histórias e trajetórias de adaptação e resiliência familiar na doença crónica pediátrica*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Damião, E. & Ângelo, M.A. (2001). A experiência da família ao conviver com a doença crónica da criança. *Revista Esc. Enferm*, 35, 66-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000100011>.
- Damião, E. & Pinto, C. (2007). *Being transformed by illness: Adolescents Diabetes Experience*.
- Day, E. (2007). Group education for young people with diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 11(3), 112-116.
- Duarte, W. & Alves, Y. (2006). Ansiedade em adolescentes portadores de Diabetes Mellitus. *Boletim de Psicologia*, 124, 111-125.
- Duarte, R. (2002). *Diabetologia Clínica*. Lisboa: Lidel.
- Drotar, D. (1997). Relating Parent and Family Functioning to the Psychological Adjustment of Children with Chronic conditions: What Have We Learned? What Do We Need to Know?. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(2), 159-166. doi: 10.1093/jpepsy/22.2.149.
- Duhamel, F. (1995). *La Santé et la famille: Un Approche Systémique en sins Infirmiers*. Paris: Gaetan Morin Éditeur.
- Dunst, C. J., Trivette, C. & A. G., D. (1994). *Supporting & Strengthening Families*. Cambridge: Brookline Books.
- Eiser, C. (1999). *Chronic childhood disease*. Nova York: Cambridge.
- Fernandes, O. M. (1995). *Família e emigração: estudo da estrutura e do funcionamento familiar de uma "população" não-emigrante do concelho de Chaves e de uma "população" portuguesa no Cantão de Genebra*. Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra.
- Ferreira, P. R. A. (2013). *Doença crónica na criança: Importância do núcleo familiar* (Monografia apresentada à Universidade Católica Portuguesa para finalização da Licenciatura em Psicologia). Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia de Braga, Braga.



- Fialho, F., Dias, I., Nascimento, L., Motta, P. & Pereira, S. (2011). Crianças e Adolescentes com Diabetes Mellitus: cuidados/implicações para a enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 25(2), 145-154.
- Freitas, P. (2002). Diabetes: a epidemia da civilização. *Acta Médica Portuguesa*, 10, 98-122.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry* 56, 127-136.
- Giddens, A. (1996), *Transformações da intimidade*, Oeiras, Celta.
- Góngora, J.N. (2004). *Enfameadad y familia. Manual de intervencion psicossocial*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Graça, A.S. (2000). Diabetes e estilo de vida. *Diabetes – Viver em Equilíbrio*, 16, 4-5.
- Greca, A. M. & Thompson, K. M. (1998). Family and friend support for adolescents with diabetes. *Análise Psicológica*, 1(16), 101-113.
- Grey, M., Boland, E., Yu, C., Sullivan-Bollyai, A. & Tamborlane, W.V. (1998). Personal and Family Factors Associated with Quality of life in Adolescents with Diabetes. *Diabetes Care*, 21(6), 909-914.
- Hawley, D. R. & De Haan, L. (1996). Towards a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35, 283-298.
- Heinzer, M. M. (1998). Health promotion during childhood chronic illness. A paradox facing society. *Holistic Nursing Practice*. 12(2), 8-16.
- Hoeltje, C.O., Zubrick, S.R., Silburn, S.R. & Garton, A.F. (1996). Generalized self-efficacy: Family and adjustments correlates. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(4), 446-453. doi: 10.1207/s15374424jccp2504\_9.
- Hoey, H. (2009). Psychosocial factors are associated with metabolic control in adolescents: Research from the Hvidoere Study Group on Childhood Diabetes. *Pediatric Diabetes*, 10(13), 9-14. doi: 10.1111/j.1399-5448.2009.00609.x.
- Jorge, Z., Lacerda, E., Macedo, A. & Castro, J. (2003). Prevalência da Diabetes Mellitus tipo 1 em Portugal, 1995-1999. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 251-253.
- Karvonen, M., Viik-Kajander, M., Moltchanova, E., Libman, I., Laporte, R. & Jaakko, T. (2000). Incidence of childhood type 1 diabetes worldwide. *Diabetes Care*, 23(10), 1516-1526.
- Knafl, K. A., Knafl, G. J., Gallo, A. M. & Angst, D. (2007). Parent's perceptions of functioning in families having a child with a genetic condition. *Journal of Genetic Counseling*, 16(4), 481-492. doi: 10.1007/s10897-006-9084-x.
- La Greca, A. M. & Thomson, K. M. (1998). Family and friend Support for Adolescents with Diabetes. *Análise Psicológica*, 1(XVI), 101-113.
- La Greca, A. M., Auslander, W. F., Greco, P. Spetter., D. Fisher, E. B. & Santiago, J. V. (1995). I Get by a Little Help from my Family and friends: Adolescent's Support for Diabetes Care. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 449-476.
- Lent, R. W. & Maddux, J. E., (1997). Self-Efficacy: Building a Sociocognitive Bridge Between Social and Counseling Psychologist. *The Counseling Psychologist*, 25(2), 240-255.
- Lissaner, T. & Clayden, G. (2002). *Manual Ilustrado de Pediatria* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Lucas, M. (2012). *Forças nas famílias monoparentais femininas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Família e Intervenção Sistémica, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Marcon, S. S., Sassá, A. H., Soares, N. T. I. & Molina, R. C. M. (2007). Dificuldades e conflitos enfrentados pela família no cuidado cotidiano a uma criança com doença crónica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(2), 411-419.

- Marcon, S. S., Radovanovic, C. A. T., Waidman, M. A. P., Oliveira, M. L. F. & Sales, C. A. (2005). Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. spe, p. 116-124.
- Mâroco, J. (2010). *Análise estatística – com utilização do SPSS Statistics*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, R. & Pires, A. (2001). Pais de crianças com diabetes insulino-dependentes. Em A. Pires (Ed.), *Crianças (e pais) em risco* (pp. 67-95). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Melo, A. & Alarcão, M. (2011). *Avaliação de processos de resiliência familiar: Validade e fidelidade do Questionário de Forças Familiares*. *Mosaico*, 48, 34-41.
- Minanni, A. C., Ferreira, B. A., Sant`Anna, C. M. & Coates, V. (2010). Abordagem integral do adolescente com diabetes. *Adolescência e Saúde*, 7(1), 45-52.
- Morgado, M., Pires, A., & Pinto, J. (2000). Auto-eficácia na criança asmática. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 121-128.
- Morris, M., Johnson, A., Booker, S., Gunnery, R., Richards, G. & Meek, P. (2006). Designing an education programme for type 1 diabetes: a focus group study. *Journal of Diabetes Nursing*, 10(10), 393-399.
- Nossa, P. N. S. (2001). *Geografia da Saúde: o Caso da SIDA*. Oeiras: Celta Editora.
- Nunes, M. D. R. & Dupas, G. (2004). Entregando-se a vivência da doença com o filho: a experiência da mãe da criança/adolescente diabético. *Texto e Contexto Enfermagem*, 13(1), 83-91.
- Nunes, M. M. J. C. (1999). *Qualidade de vida e diabetes: Influência das variáveis psicossociais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde não publicada, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Oliveira, V. Z. & Gomes, W.B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudo de Psicologia*, 9(3), 459-469. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300008>
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Olson, D. H. & Gorall, D. M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. Em F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes* (pp. 514-547). New York: Guilford.
- Olson, D., Portner, J. & Bell, R. Q. (1982; 1992). Faces II: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales. Em D. Olson, H. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen, & M. Wilson (Eds.), *Family inventories* (pp. 5-24). St. Paul: University of Minnesota.
- Olson, D. (1988). Circumplex Model VII: Validation Studies and FACES III. *Family Process*, 25, 337-351.
- Overstreet, S, et al. (1995). Family Environment and the Interrelation of Family Structure, Child Behavior and Metabolic Control for Children with Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 435-447.
- Patterson, J. M. (2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 233-246. doi: 10.1002/jclp.10019. doi: 10.1002/jclp.10019.
- Pereira, M. & Almeida, P. (2004). Auto-eficácia na diabetes: Conceito e validação da escala. *Análise Psicológica*, 12(3), 585-595. doi: 10.14417/ap.228.
- Pereira, M. G, Berg-Cross, L., Almeida, P. & Cunha Machado, J. (2008). Impact of family environment and support on adherence, metabolic control, and quality of life in adolescents with diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 187-193. doi: 10.1080/10705500802222436.

- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pliger, C. & Abreu I. S. (2007). Diabetes mellitus na infância: repercussões no cotidiano da criança e de sua família. *Cogitare Enferm.* 12(4), 494-501.
- Relvas, A. P. & Alarcão, M. (2002). *Novas formas de família*. Coimbra: Quarteto.
- 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. (1997). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L. P. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. Em L. S. Almeida, & I. S. Ribeiro (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: APPORT.
- Rodrigues, N. & Patterson, J. M. (2007). Impacto of severity of a child's chronic condition on the functioning of two-parent families. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(4), 417-426. doi: 10.1093/jpepsy/jsl031.
- Rovet, J. & Fernandes, C. (1999). Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. Em Ronald T. Brown (Ed.), *Cognitive Aspects os Chonic Illness in Children*. The Guilford Press, New York.
- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. (2013). *Diabetes: Factos e números*. Acedido em 10, janeiro, 2014, em [http://spd.pt/images/prova\\_final\\_od2013.pdf](http://spd.pt/images/prova_final_od2013.pdf).
- Sabatés, A. L. & Borba, R. I. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 968-973.
- Sampaio, D. & Gameiro, J. (1985). *Terapia Familiar*. Porto: Afrontamento.
- Santos, E. C. B. Zanetti, M. L., Otero, L.M. & Santos, M.A. (2005). O cuidado sob a ótica do paciente diabético e do seu principal cuidador. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 13(3), 397-406. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300015>.
- Santos, J. G. & Enumo, S. (2003). Adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1: Seu cotidiano e enfrentamento da doença. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 16(2), 411-425.
- Seiffe-Krenke, I. (1998). Psychological Adjustment of Adolescents wih Diabetes: Functional or Dysfunctional for Metabolic Control? *Journal of Pediatric Psychology*, 23(5), 313-322.
- Senécal, C., Nouwen, A. & With, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychology*, 19, 452-457. doi: 10.1037/0278-6133.19.5.452.
- Sharpe, L. & Curran, L. (2005). Understanding the processo of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*, 62, 1153-1166. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.010.
- Shulman, S., Seiffge-Krenke, I. & Samet, N. (1987). Adolescent Coping Style as a Function os Perceived Family Climate. *Journal of Adolescents Research*, 2, 367-381. doi: 10.1177/074355488724005.
- Silva, M. A., Collet, N., Silva, K. L. & Moura, F. M. (2010). Cotidiano no enfrentamento da condição crónica na família. *Acta Paulina de Enfermagem*, 23(3), 359-365. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000300008>.
- Silva, I. L. (2006). *Psicologia da diabetes*. Coimbra: Quarteto.
- Silva, L. F., Guedes, M. V. C., Moreira, R. P. & Souza, A. C. C. (2002). *A Saúde das Mulheres em Portugal. Em Saúde – As Teias da Discriminação Social*. Actas do Colóquio Internacional Saúde e Discriminação Social, Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, 165-180.

- 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. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.228>.
- Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. (2005). Diabetes Mellitus: Insulinoterapia. *Revista da Sociedade de Endocrinologia e Metabologia*, 1-8.
- Stern, M. & Zevon, M. A. (1990). Stress, Coping and Family Environment: the Adolescent's Response to Naturally Occurring Stressors. *Journal of Adolescent Research*, 5, 290-305.
- Sullivan-Bolyai, S., Deatrick, J., Gruppuso, P., Tamborlane, W. & Grey, M. (2002). Mothers' experience raising young children with type 1 diabetes. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*, 7(3), 93-103.
- Stein, E. P. (1999). Chronic illness: The child and family. *Current Paediatrics*, 9, 177-181. doi: 10.1054/cupe.2000.0141.
- Turner, K. (2008). People's educational needs following a diagnosis of diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 12(4), 136-143.
- Vermaes, I., Janssens, J., Bosman, A. & Gerris, J. (2005). Parents' psychological adjustment in families of children with spina bifida: A meta-analysis. *BMC Pediatrics*, 5, 32-45. doi: 10.1186/1471-2431-5-32.
- Ungureanu, M. C. (2012). *Diabetes Mellitus tipo 1 e Bomba Infusora de Insulina em Idade Pediátrica. Revisão Temática*. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1) 1-18.
- Williams, K., & Macgillicuddy-De Lisi, A. (2000). Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20, 537-549. doi:10.1016/S0193-3973(99)00025-8.
- Wong, D. L. (1999). *Whaley & Wong: Enfermagem pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva* (5ª ed). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- World Health Organization. (2002). *Diabetes Mellitus*. Acedido em 15, dezembro, 2013, em <http://www.who.int>.
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., Raoff, A., Gribble, P. A., Parker, G. R. & Wannan, M. (1992). Interviews with children who experienced major life stress: Family and child attributes that predict resilient outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31, 904-910.
- Zanetti, M. L., Biaggi, M. V., Santos, M. A., Péres, S. D. & Teixeira, C. R. S. (2008). O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 186-192.
- Zanetti, M. L. & Mendes, I. A. C. (2001). Análise das dificuldades relacionadas às atividades diárias de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: depoimento de mães. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 9(6), 25-30.

