



UC/FPCE_2013

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

***Coping* parental e resistência familiar na asma e na diabetes: Um estudo exploratório**

Ana Rita Fernandes Almeida
(e-mail: rita.almeida.psi@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia na área de especialização em Psicologia Clínica e Saúde, subárea de especialização em Sistémica, Saúde e Família sob a orientação da Doutora Sofia Major e da Doutora Ana Cunha

Coping parental e resistência familiar na asma e na diabetes: Um estudo exploratório

Resumo: A asma e a diabetes são duas das doenças crônicas mais frequentes nas crianças e adolescentes, com impacto no funcionamento familiar. Um instrumento que avalia as estratégias de *coping* que a família utiliza nessas situações é o *Coping Health Inventory for Parents* (CHIP; McCubbin, McCubbin, Nevin, & Cauble, 1981). O primeiro objetivo do presente estudo passa por realizar um estudo exploratório de adaptação e validação com o CHIP ($N=107$). Os resultados do estudo de análise fatorial exploratória apontaram para uma estrutura de cinco fatores com valores do coeficiente de alfa de Cronbach que variam entre .611 e .848. O segundo objetivo é avaliar se a percepção dos pais acerca dos seus comportamentos de *coping* e da sua resistência familiar difere consoante o diagnóstico, através da administração do CHIP e do *Family Hardiness Inventory* (FHI; McCubbin, McCubbin, & Thompson, 1986) a um grupo de pais de crianças com asma ($n=38$) e com diabetes ($n=43$). Da comparação entre estes dois grupos resultou apenas uma diferença estatisticamente significativa no Fator 5 do CHIP – Compreensão da Situação Médica da Criança. No estudo referente à frequência de cotação dos itens do CHIP, apesar de os pais das crianças dos dois grupos cotarem de forma distinta os itens do CHIP, os referidos como “Extremamente útil” com mais frequência incluem-se no mesmo fator. No grupo da diabetes, a correlação mais elevada foi de .45 entre a Subescala 2 do FHI (Desafio) e o Fator 1 do CHIP (Manutenção do Suporte Social e da Estabilidade Psicológica). Para o grupo da asma, a correlação mais elevada ($r=.48$) foi obtida entre a Subescala 2 do FHI (Desafio) e o Fator 5 do CHIP (Compreensão da Situação Médica da Criança). Por fim, a variável relativa à percepção que os pais têm sobre a gravidade da doença da criança revelou um impacto estatisticamente significativo nos dois primeiros fatores do CHIP (Manutenção do Suporte Social e da Estabilidade Psicológica, e Integração Familiar e Definição Otimista da Situação) e nas duas primeiras subescalas do FHI (Compromisso e Desafio).

Palavras-chave: CHIP, *coping* parental, resistência familiar, doença crónica pediátrica, asma, diabetes.

Parental coping and family hardiness in asthma and diabetes: An exploratory study

Abstract: Asthma and diabetes are two of the most common chronic diseases in children and adolescents, with an impact on family functioning. An instrument that assesses coping strategies that families use in these situations is the Coping Health Inventory for Parents (CHIP; McCubbin, McCubbin, Nevin, & Cauble, 1981). The first aim of this study is an exploratory study of adaptation and validation with the CHIP ($N=107$). Results from the exploratory factor analysis indicated a five factor structure with Cronbach's alpha values ranging between .611 and .848. The second aim of this study is to assess whether the perception of parents about their coping behaviors and their family strength differs depending on the diagnosis, through the administration of CHIP and Family Hardiness Inventory (FHI; McCubbin, McCubbin, & Thompson, 1986) to a group of parents of children with asthma ($n=38$) and diabetes ($n=43$). The comparison of these two groups resulted in only one statistically significant difference in Factor 5 CHIP - Understanding the Medical Situation of Children. In the study about the frequency of rating of CHIP items, although parents of children in both groups rated differently CHIP items, the ones rated as "Extremely useful" are most often included in the same factor. In the diabetes group, the highest correlation was .45 between Subscale 2 of the FHI (Challenge) and Factor 1 CHIP (Maintenance of Social Support and Psychological Stability). For the group of asthma, the highest correlation ($r=.48$) was obtained between the subscale 2 of the FHI (Challenge) and Factor 5 CHIP (Understanding the Medical Situation of Children). Finally, the variable parents' perception about the severity of the child's illness revealed a statistically significant impact on the first two factors of the CHIP (Maintenance of Social Support and Psychological Stability, and Family Integration and Optimistic Definition of the Situation) and the first two subscales of the FHI (Commitment and Challenge).

Key Words: CHIP, parental coping, family hardiness, pediatric chronic illness, asthma, diabetes.

Agradecimentos

À Doutora Sofia Major e à Doutora Ana Cunha pela orientações dadas, sem as quais este trabalho não teria sido feito.

A Coimbra, por me ter acolhido e se ter tornado a minha segunda casa e por me ter proporcionado 5 anos cheios de alegrias e de amizades que vão ficar para a vida.

Aos amigos que aqui conheci, que partilharam mais de perto esta longa caminhada e com quem vivi momentos de diversão, sem os quais não teria a força suficiente para chegar ao fim desta etapa.

Aos amigos de Guimarães, a minha cidade-berço, que sempre me apoiaram e nunca criticaram a minha ausência.

Aos meus pais, Rosa e Domingos, por terem feito de mim a pessoa que sou hoje, por terem sempre apoiado as minhas escolhas e por me darem forças para continuar, à maneira deles.

Aos meus primos Adriana, Bitó e Clô, por serem tão especiais e essenciais na minha vida, e à minha restante família.

Muito obrigada.

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento conceptual	2
1.1. Definição e caracterização da doença crónica pediátrica	2
1.1.1. A asma e a diabetes na infância	3
1.2. Impacto da doença crónica pediátrica na família	5
1.3. Adaptação familiar na doença crónica pediátrica	7
II. Objetivos	9
III. Metodologia	10
3.1. Amostra	10
3.1.1 Seleção e recolha da amostra	10
3.1.2 Caracterização da amostra	11
3.2. Instrumentos	13
3.3. Análises estatísticas	16
IV. Resultados	16
4.1. Estudo exploratório de adaptação e validação do CHIP	16
4.1.1. Estudo de análise de itens	16
4.1.2. Estudos de evidência de validade interna: Análise fatorial exploratória e correlação entre fatores	18
4.1.3. Estudos de evidência de precisão: Consistência interna	22
4.2. Estratégias de <i>coping</i> e resistência familiar: Estudo comparativo na diabetes e na asma	23
4.2.1. Comparação das médias dos dois grupos	23
4.2.2. Frequência dos itens do CHIP por grupo	24
4.2.3. Correlação entre os resultados do CHIP e do FHI nos dois grupos	26
4.3.4. Impacto das variáveis sociodemográficas e da doença na asma e diabetes	27
V. Discussão	28
VI. Conclusão	33
Bibliografia	35
Anexos	41

Introdução

A doença crónica nas crianças e adolescentes pode associar-se a um stress significativo e a um risco de problemas emocionais e comportamentais na criança, podendo interferir no funcionamento familiar (Compas, Jaser, Dunn, & Rodriguez, 2012). As investigações que exploram a relação entre doença crónica pediátrica e o ajustamento da família têm revelado conclusões divergentes em que, por um lado, apontam problemas no ajustamento à doença e, por outro, um funcionamento familiar adaptativo, mesmo na presença de uma doença (Cunha, 2011).

A asma, com uma prevalência de cerca de 10.0% na população portuguesa (Araújo, 2011), e a diabetes, com uma prevalência de 7.3% na população portuguesa (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2010), são duas das doenças crónicas mais frequentes nas crianças e adolescentes. Sendo doenças que exigem tratamentos, tanto de prevenção como de controlo, cabe à família assumir um papel ativo na gestão destas adversidades.

Investigadores e clínicos têm dado particular relevância ao conceito de *coping* e à análise de comportamentos específicos que as famílias utilizam para lidar com situações de stress (McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001). O conceito de *coping* familiar enquadra-se no contexto das teorias do stress familiar e, no âmbito do Modelo de Resiliência Familiar (McCubbin & McCubbin, 2001 citado por Cunha, 2011), é definido como um conjunto de estratégias, padrões e comportamentos que visam manter ou fortalecer a família como uma unidade e conservar a estabilidade emocional dos seus membros. Também no contexto do estudo da adaptação das famílias a situações de stress surge o conceito de resistência familiar, que é caracterizada pelo sentido de controlo sobre os resultados perante dificuldades e por uma visão da mudança como produtiva e produtora de crescimento (McCubbin et al., 2001). Assim, sendo o *coping* e a resistência familiares dois importantes recursos para a adaptação da família, tornou-se relevante estudar estas duas variáveis e explorar a perceção que a família tem sobre as suas próprias competências perante situações de stress, como a presença de uma doença crónica num filho.

No âmbito das teorias sobre resiliência e adaptação familiar, têm sido criados instrumentos que procuram avaliar variáveis que integram o modelo da resiliência familiar, como é o caso do *Coping Health Inventory for Parents* (CHIP; McCubbin, McCubbin, Nevin, & Cauble, 1981), que procura avaliar as estratégias de *coping* que os pais utilizam quando têm um filho seriamente e/ou cronicamente doente. Devido à importância desta variável, e à escassez de instrumentos que a avaliem, disponíveis para a população portuguesa, o primeiro objetivo deste trabalho centra-se na realização de um estudo exploratório de adaptação e validação do CHIP.

Integrando igualmente a variável resistência familiar neste estudo, iremos explorar se a perceção que a família tem das suas estratégias de *coping* e da sua resistência, perante a existência de uma doença crónica numa criança, varia consoante a doença (asma ou diabetes). Será igualmente

estudado o possível impacto de variáveis sociodemográficas e da doença nos resultados obtidos nos dois grupos.

Este trabalho organiza-se em duas partes, em que a primeira integra uma revisão da literatura, de forma a enquadrar a temática em estudo, e a segunda corresponde à componente empírica. Aqui será feita a apresentação da metodologia, dos resultados do estudo exploratório com o CHIP e do estudo comparativo do *coping* parental e da resistência familiar, com dois grupos de pais de crianças com doenças crónicas (asma e diabetes). Por fim, serão discutidos os resultados e tecidas as conclusões referentes ao trabalho desenvolvido.

I – Enquadramento conceptual

1.1. Definição e caracterização da doença crónica pediátrica

A progressiva melhoria das condições de vida e dos hábitos de higiene, bem como o progresso da medicina, têm aumentado a esperança de vida de crianças com doenças incuráveis. Esta situação, além de refletir uma diminuição da mortalidade e morbidade infantil, também aumenta exponencialmente as situações de cronicidade (Cunha, 2011; Santos, 2010).

Segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2005/06, 52% da população portuguesa tem pelo menos uma doença crónica (Instituto Nacional de Estatística, I. P., & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., 2009). No entanto, não foram encontrados estudos epidemiológicos em Portugal com dados sobre a doença crónica pediátrica em geral (Cunha, 2011).

Também a definição de doença crónica tem sofrido alterações, acompanhando a evolução da medicina, sendo que a literatura não oferece uma definição clara e unânime. Com base nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Federação de Instituições de Apoio a Doentes Crónicos (FIADC) define como doença crónica “toda e qualquer patologia de longa duração, evolutiva, que determine uma alteração orgânica ou funcional irreversível, potencialmente incapacitante, sem perspectiva de remissão completa e que altere a qualidade de vida do portador a nível físico, mental, emocional, social e/ou económico” (2005, Regulamento, p. 1).

Numa perspetiva mais direcionada para a doença crónica pediátrica, um grupo de investigadores, inserido no Comité de Consenso Nacional Holandês “Doenças Crónicas e Condições de Saúde na Infância”, definiram quatro critérios para se considerar uma condição crónica na infância:

“ocorre em crianças dos 0 aos 18 anos; o diagnóstico é baseado no conhecimento científico médico e pode ser estabelecido através de métodos reprodutíveis e válidos ou instrumentos de acordo com padrões profissionais; não é (ainda) curável ou é altamente resistente a tratamentos, para as condições de saúde mental; e está presente há mais de três meses ou vai, muito provavelmente, durar mais de três meses, ou tenha ocorrido três ou mais vezes durante o ano passado e, provavelmente, reaparecerá” (Mokkink, van der Lee, Grootenhuis,

Offringa, & Heymans, 2008, p. 1441).

O estudo da doença crónica pediátrica, na área da Psicologia, tem seguido essencialmente duas perspetivas. Assim, a perspetiva categorial procura evidenciar as diferenças e as implicações psicológicas e psicossociais das doenças crónicas (Kaugarts, Klinnert, & Bender, 2004; Quittner et al., 1996). Por sua vez, a perspetiva não-categorial defende que, apesar de algumas particularidades de cada doença, existem aspetos psicossociais comuns às diferentes doenças crónicas, no que diz respeito ao seu impacto e adaptação, independentemente do diagnóstico (Eiser, 2003; Knafl, Knafl, Gallo, & Angst, 2007; Stein & Jessop, 1982).

Com o objetivo de “definir categorias significativas e úteis de doenças, que aliem as características biomédicas com as exigências psicossociais que criam nos indivíduos e seus familiares” (Sousa, Mendes, & Relvas, 2007, p. 45), Rolland (1988, 1994) propõe uma tipologia psicossocial que pode servir como guia para os profissionais de saúde, paciente e família. Esta tipologia procura categorizar o início, curso, resultado e grau de incapacitação da doença, ao mesmo tempo que apresenta algumas tarefas que devem ser cumpridas pelo doente e pela respetiva família em cada fase da doença (crise, crónica e terminal).

1.1.1 A asma e a diabetes na infância

Além de serem das doenças crónicas mais frequentes nas crianças e adolescentes, prevê-se um aumento da prevalência em Portugal, e em todo o mundo, tanto de asma (Comissão de Coordenação do Programa Nacional de Controlo da Asma [CCPNCA], 2001), como de diabetes (Cardoso, 2006).

A asma, definida como uma inflamação crónica das vias aéreas que leva a períodos intermitentes e variáveis de obstrução destas e à limitação de fluxo aéreo (Mitchell & McQuaid, 2008), tem uma prevalência na população portuguesa de cerca de 10.0% (Araújo, 2011). Os sintomas ocorrem geralmente devido a uma hiperresponsividade das vias aéreas a uma série de desencadeantes, como substâncias irritantes no ar, mudanças sazonais, infeções respiratórias ou alérgicos (McQuaid & Abramson, 2009). No entanto, a origem do seu aparecimento não é totalmente conhecida, podendo dever-se a uma predisposição genética ou a fatores ambientais (Lenney, 2009).

Sendo uma das doenças mais frequentes nas crianças e nos jovens, a asma é causa de sofrimento a vários níveis, quer para o doente, quer para a sua família e grupos de pertença (e.g., escola, grupo de pares) (CCPNCA, 2001). Os principais efeitos sentem-se na realização das tarefas desenvolvimentais, como a individuação em relação aos pais, a socialização fora da família, o estabelecimento de relações com os pares e a formação de uma auto-imagem positiva (McQuaid & Abramson, 2009).

O tratamento da asma centra-se maioritariamente na toma de medicação, quer para o alívio rápido dos sintomas, quer para o controlo da doença, a que pode ser necessária diariamente e para a toda a vida (CCPNCA, 2001). No entanto, tem-se verificado alguns problemas de

adesão ao tratamento devido a uma certa preocupação parental pelos possíveis efeitos secundários da medicação (Conn et al., 2005). Neste sentido, umas das principais recomendações passa pela identificação dos desencadeantes de crises e das medidas para evitar ou minimizar a exposição a esses desencadeantes (Mitchell & McQuaid, 2008).

Quanto à diabetes *mellitus* que, de uma forma geral, tem uma prevalência de 7,3% na população portuguesa (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2010), apresenta três variantes. Na diabetes tipo 1, mais frequente na infância e adolescência, o corpo destrói as células beta do pâncreas que produzem insulina, sendo necessária a sua introdução no corpo (Boyer, 2008). A diabetes tipo 2, com início mais frequente na idade adulta, começa com o desenvolvimento de resistência à insulina, uma vez que as células não utilizam adequadamente a insulina disponível e levam a que o pâncreas não consiga produzir o suficiente. Alguns fatores de risco incluem a obesidade, a idade avançada, história familiar de diabetes e inatividade física (Centers for Disease Control and Prevention, 2005, citado por Boyer, 2008). A diabetes gestacional ocorre durante a gravidez e geralmente regride após o parto. No entanto, aumenta a probabilidade de desenvolver diabetes de tipo 2 após a gravidez (Boyer, 2008).

Independentemente da variante da doença, os sintomas da diabetes só se manifestam quando os níveis de açúcar (glicose) no sangue são demasiado baixos ou altos – hipoglicémia ou hiperglicémia, respetivamente –, sendo de extrema importância a monitorização frequente desses níveis (Rewers et al., 2009). Além desta monitorização, os regimes de tratamento mais frequentes passam pela toma de medicação (medicamento oral antihiperglicémia, injeção de insulina ou bomba de insulina), alimentação adequada, exercício físico, verificação dos pés para evitar infeções, testes regulares de sangue para monitorizar o controlo glicémico, visitas anuais ou semestrais ao oftalmologista para prevenir/tratar a rutura da retina e prevenção e/ou tratamento da hipoglicémia (Boyer, 2008).

No caso particular da diabetes tipo 1, os regimes de tratamento são considerados complexos e causadores de algum desconforto, exigindo mudanças no estilo de vida (Boyer, 2008). Dessa forma, um dos maiores desafios para a família é aprender algumas tarefas, como monitorizar a glicose sanguínea, saber preparar e administrar a dose de insulina nos momentos apropriados, conseguindo, assim, identificar e tratar uma crise (Alemzadeh & Ali, 2011). Para o próprio indivíduo, podem existir problemas psicológicos que aumentam o risco de comorbilidade com outros problemas, como a depressão, ansiedade, alimentação irregular e psicose (Boyer, 2008).

Apesar de a tipologia psicossocial de Rolland ter sido desenvolvida há mais de 20 anos e ter-se verificado novas descobertas e desenvolvimentos na compreensão e tratamento das doenças, existem características que ainda podem auxiliar na compreensão acerca da asma e da diabetes, nomeadamente nas tarefas que devem ser cumpridas pelo doente e pela família. Segundo Rolland (1994), a asma é caracterizada por ter um início

agudo, um curso episódico/com recaídas e não ser incapacitante nem fatal. No entanto, apesar de as crises de asma terem um caráter episódico, a inflamação das vias aéreas é crónica. Além disso, essas crises podem colocar a vida do doente em risco, exigindo tratamento a longo prazo (CCPNCA, 2001). Nestes casos, em que a doença é caracterizada por um curso com recaídas, a maior exigência da família é a flexibilidade para lidarem com as crises, estando sempre em alerta, pois vivem numa constante incerteza sobre quando é que a próxima crise vai acontecer (Rolland, 1994).

No caso da diabetes, o início é caracterizado como gradual, o curso progressivo, não sendo incapacitante mas podendo encurtar o tempo de vida (Rolland, 1994). No entanto, devido à distinção dos três tipos de diabetes, é importante atender às características de cada um. Por exemplo, na diabetes tipo 1, mais comum nas crianças e adolescentes, o início é agudo e o seu curso é, na maioria das vezes, considerado constante, implicando uma auto-gestão diária (Boyer, 2008). Nestes casos, o início agudo da doença requer à família uma mobilização mais rápida das suas capacidades de gestão e o curso constante aumenta o risco de exaustão, apesar de permitir à família planear o futuro sem ter as tensões das exigências inerentes numa doença progressiva (Rolland, 1994).

1.2. Impacto da doença crónica pediátrica na família

Tal como afirma Alarcão (2006, p. 44), relativamente à compreensão do sistema familiar, “o comportamento de cada um dos seus membros é indissociável do comportamento dos restantes e aquilo que lhe acontece afeta a família no seu conjunto”, ou seja, o aparecimento de uma doença crónica numa criança pode alterar o funcionamento familiar de diversas formas.

Ter uma criança com doença crónica representa uma situação de stress com impacto na organização familiar, sendo esta confrontada com novas exigências, alterações nas suas rotinas, mudanças e readaptações constantes (Santos, 1998). Estas mudanças podem ser sentidas nos vários elementos da família, nomeadamente nos pais (Hauenstein, 1990; Uccelli et al., 2013), nos irmãos saudáveis (Moyson & Roeyers, 2012; Taylor, Fuggle, & Charman, 2001) e na própria criança cronicamente doente (Blackman, Gurka, Gurka, & Oliver, 2011; Wallander & Varni, 1998).

Sendo os pais os principais responsáveis por monitorizar a doença e o tratamento, cuidar, manter a integridade familiar e assegurar a estabilidade financeira (Hauenstein, 1990), são também estes os principais afetados pelo stress provocado pela presença de uma doença crónica num dos filhos. Neste sentido, Tansella (1995) apresenta alguns dos principais efeitos nos pais, que passam por uma maior probabilidade de sofrerem de ansiedade e depressão, redes de suporte social mais pequenas e mais densas, oportunidades mais reduzidas para desenvolver interesses exteriores e amizades, e exclusão do pai do subsistema parental, apesar da manutenção do seu papel no subsistema conjugal.

Também Cunha (2011), com o intuito de explorar a forma como os membros das famílias vivem com uma criança com doença crónica, efetuou

um estudo em que 21 famílias de crianças com diabetes, asma e artrite elaboraram narrativas onde descreviam essa vivência e os mecanismos que utilizavam para lidar com a situação. Os resultados permitiram englobar as principais dificuldades referidas pelas famílias em seis grandes temas: (a) Aparecimento da doença, que passa pelo impacto emocional da descoberta do diagnóstico e pela conseqüente incerteza; (b) Exigências do tratamento, que englobam a transferência dos cuidados de saúde para a família e os receios com os efeitos secundários da medicação; (c) Mudanças na vida familiar, nomeadamente nas rotinas e estilos de vida, na vida profissional e preocupações financeiras; (d) Vigilância permanente, que se traduz numa preocupação e atenção constantes e em comportamentos de proteção; (e) Relacionamento com os outros, que se traduz numa percepção de incompreensão dos outros e dificuldades/indisponibilidade por parte das pessoas da família de origem/alargada para lidar com a criança; e (f) Preocupações com o futuro, como a antecipação de dificuldades ou complicações no estado de saúde da criança, que podem influenciar os processos de tomada de decisão sobre ter/não ter mais filhos.

Reportando especificamente para o caso da diabetes, no estudo de Sullivan-Bolyai, Deatrck, Gruppuso, Tamborlane e Grey (2002), em que foi feita a comparação das experiências do dia a dia entre mães de crianças com ($n=25$) e sem diabetes ($n=25$), verificou-se que as principais preocupações das mães se prendem com o cuidado diário exigente e ininterrupto, relacionado com questões de alimentação e de gestão da glicose no sangue. Estas preocupações levam a uma vigilância constante que, apesar de permitir que as mães estejam atentas às necessidades dos filhos, também acarreta uma grande responsabilidade e peso nos cuidadores (Sullivan-Bolyai et al., 2002).

Noutra investigação de Wood e colaboradores (2007), com um grupo de crianças com asma e os respetivos cuidadores primários ($N=272$), verificou-se que o clima emocional negativo da família está associado com os sintomas depressivos da criança. Por sua vez, estes sintomas estão associados com o desencadear emocional da asma e, assim, com a severidade desta.

Em relação ao subsistema fraterno, apesar de haver relatos de alguns aspetos positivos, como uma aproximação com outros membros da família e desenvolvimento das próprias capacidades de *coping* (Stein, 1999), são reportados na literatura alguns efeitos menos positivos nos irmãos saudáveis. Assim, estas crianças poderão apresentar sentimentos de responsabilidade, infelicidade, ciúmes, competição, negatividade, pena e culpa, podendo originar solidão ou até distúrbios psicológicos (Hollidge, 2001; Stein, 1999).

Por último, os efeitos nas crianças com alguma condição crónica podem traduzir-se em problemas emocionais, desenvolvimentais e comportamentais (Blackman et al., 2011). Neste sentido, ansiedade, depressão e isolamento social (Stein, 1999), baixa auto-estima, dificuldades de aprendizagem, de atenção e comunicação e comportamentos mais agressivos são algumas das conseqüências mais referidas na literatura (Blackman et al., 2011).

No entanto, estes efeitos parecem variar com a idade, sexo e interação da doença crónica com outras variáveis, como o funcionamento familiar (Stein, 1999), apesar de não se verificarem em todos os casos nem em todas as famílias. Neste sentido, Rodrigues e Patterson (2007), com o objetivo de avaliarem o impacto da doença crónica no funcionamento familiar, realizaram um estudo com 262 pais e mães de crianças com alguma condição crónica (e.g., condições neurológicas, deficiência de desenvolvimento com e sem atraso mental, condições pulmonares) e verificaram que essas famílias funcionam tão bem ou melhor que as famílias de crianças saudáveis. No entanto, o facto de a amostra ser constituída apenas por famílias com ambos os progenitores e a maioria ser da classe média, parece ser um bom indicador para o desenvolvimento de forças internas da família (Rodrigues & Patterson, 2007). Porém, existem famílias que podem ser consideradas de maior risco atendendo à influência da estrutura familiar (e.g., famílias mono-parentais), pela presença de outro membro doente para além da criança, ou pelos rendimentos/recursos limitados (McCubbin et al., 1983).

Em suma, embora seja expectável que haja alterações na vida familiar, como o aumento de responsabilidades, alterações das rotinas e restrições nas atividades entre pais e crianças, a presença de uma doença crónica numa criança não é necessariamente sinónimo de perturbações emocionais na família (Santos, 2010).

1.3. Adaptação familiar na doença crónica pediátrica

Apesar de os estudos consultados nesta área não permitirem ter conhecimento acerca do funcionamento da família antes do aparecimento da doença crónica na criança, existem indicadores de que a família se torna mais forte perante o stress (Patterson, 2002). Esta ideia converge para o conceito de resiliência familiar, que Walsh (2006) define como um processo ativo de resistência e crescimento em resposta a uma crise ou desafio, que enaltece a capacidade da família como uma unidade funcional de recuperar de uma adversidade com mais força e recursos.

Perante a existência de uma doença crónica, especificamente numa criança, é essencial que para o aumento da qualidade de vida e da capacidade desta para lidar com a doença haja um envolvimento dos cuidadores (Chaney & Mullins, 1997; Goldberg & Rickler, 2011) e se verifiquem algumas características na família, nomeadamente a coesão, a flexibilidade, a capacidade para desenvolver e manter uma rede social e o padrão comunicacional (Oliveira, Araújo, & Rodrigues, 2012).

Nesse sentido, têm sido efetuados inúmeros estudos relacionados com as características e os padrões familiares que podem influenciar a adaptação familiar perante a existência de uma condição crónica num membro da família (e.g., Aldridge, 2008; Sharpe & Curran, 2005; Vermaes, Janssens, Bosman, & Gerris, 2005). Um deles, levado a cabo por Azar e Solomon (2001), inclui um grupo de 30 casais com crianças diagnosticadas com diabetes, que salientaram algumas estratégias de *coping* mais utilizadas para lidar com a doença, como tentar manter o otimismo, continuar a esperar por

uma cura médica, aceitar e minimizar a doença da criança e manter as atividades habituais de família. No entanto, os autores concluíram igualmente que estas estratégias são comuns a famílias de crianças com outras doenças crónicas e não apenas na adaptação à diabetes (Azar & Solomon, 2001).

No que diz respeito às crianças com diagnóstico de asma, vários estudos também verificaram que existe uma influência do funcionamento familiar na adaptação da criança à doença, ou seja, quanto melhor a perceção da criança sobre o clima emocional da família e sobre a competência da mesma, menores serão os comportamentos problemáticos e melhor será a resposta da criança à doença (Bender et al., 2000; Klinnert, Kaugars, Strand, & Silveira, 2008; Spagnola & Fiese, 2010).

Definido como um “conceito teórico interessado num fenómeno multifacetado de como os humanos pensam, sentem e agem numa situação stressante específica e é primeiramente visto como um processo que visa reduzir os níveis de stress percebido” (Kristofferzon, Lindqvist, & Nilsson, 2011, p. 477), o *coping* é um dos recursos familiares utilizados na adaptação a situações de stress. De uma forma geral, tanto na doença crónica como noutros contextos, alguns dos principais recursos de *coping* identificados na literatura são o sentido de coerência e a auto-eficácia geral (Kristofferzon et al., 2011) e o estilo atribucional parental e da criança/adolescente (Guion & Mrug, 2012). Acerca deste último, verifica-se que perceções mais otimistas, ou seja, atribuições internas, estáveis e globais para eventos positivos e atribuições externas, instáveis e específicas para eventos negativos, estão relacionadas com menos problemas de internalização e de externalização experienciados pelos jovens (Guion & Mrug, 2012).

Num estudo de Garro (2011) sobre comportamentos de *coping* na doença crónica, onde foi administrado o *Coping Health Inventory for Parents* (CHIP; McCubbin et al., 1981), participaram 26 pais de origem latina de crianças com asma. Verificou-se que os principais padrões de *coping* utilizados passam por estratégias orientadas para a família e de otimismo e pela compreensão do problema médico da criança.

Para além do *coping*, existem outras forças e recursos da família estudados, como é o caso da resistência familiar, associada ao bem estar e a uma adaptação eficaz às adversidades (Campbell & Demi, 2000; Leske & Jiricka, 1998). Num estudo de Knafl e colaboradores (2007) com 52 casais com filhos com alguma condição genética (e.g., hemofilia), encontraram-se níveis satisfatórios de funcionamento familiar na maioria das famílias estudadas, ou seja, 40.0% das famílias mostraram elevados níveis de satisfação com a vida e resistência familiares. A resistência familiar é assim caracterizada por um sentido de controlo sobre os resultados perante dificuldades, havendo uma orientação ativa para se ajustar e gerir situações stressantes, com uma visão da mudança como produtiva e produtora de crescimento (Knafl et al., 2007).

No estudo realizado por Cunha (2011), no contexto português, foi possível definir, de um ponto de vista qualitativo e com base nas narrativas contadas pelas famílias em estudo, oito categorias que espelham os fatores

que famílias de crianças com doenças crónicas percecionaram como importantes para lidar com a doença: (a) Cooperação intrafamiliar, que engloba a união familiar, a complementaridade no casal e a cooperação da criança; (b) Apoio dos sistemas envolventes, como os profissionais de saúde, escola, amigos, entre outros; (c) Controlo da doença, que passa pela procura de informação e pela prevenção e responsabilidade por parte da família; (d) Normalizar a experiência, enfatizando a normalidade da vida familiar e evitando que a criança se sinta diferente; (e) Relativizar o papel da doença, ao focalizar no presente, estabelecendo comparações com outras situações e minimizar a doença; (f) Visão positiva e esperança, nomeadamente no futuro; (g) Comparação com o passado, reconhecendo o crescimento, autonomia e melhoria na criança, espelhando o conhecimento e experiência adquiridos ao longo do tempo; e (h) Perceção de competência, através do êxito percebido no desempenho e desenvolvimento da criança.

Pode-se concluir, assim, que existe uma série de competências dentro das famílias que lhes permite utilizar as estratégias de *coping* mais adequadas na adaptação à doença crónica e desenvolver a sua resistência familiar.

II – Objetivos

A presente investigação é pautada por dois objetivos principais. O primeiro consiste num estudo exploratório de adaptação e validação da versão portuguesa do *Coping Health Inventory for Parents* (CHIP) para a população portuguesa, operacionalizado através dos seguintes objetivos específicos:

(a) Estudo de análise dos itens;

(b) Estudo de evidência de validade: análise fatorial exploratória e correlação entre os fatores;

(c) Estudos de evidência de precisão: consistência interna.

O segundo objetivo foca-se no estudo de duas variáveis relacionadas com a adaptação familiar (estratégias de *coping* parental e resistência familiar), em pais de crianças com asma e diabetes *mellitus* tipo 1. Pretende-se, deste modo, comparar os dois grupos de pais relativamente à perceção das estratégias de *coping* que utilizam para lidar com a vida familiar (avaliadas através do CHIP) e da resistência ou forças internas da unidade familiar (avaliada através do FHI). Neste sentido, apresentam-se os seguintes objetivos específicos:

(a) Estudo comparativo das estratégias de *coping* parental e resistência familiar na asma e na diabetes;

(b) Análise da frequência dos itens do CHIP nos dois grupos, de forma a perceber quais as estratégias consideradas como mais e menos úteis em cada grupo;

(c) Análise do grau de associação entre as estratégias de *coping* utilizadas pelas famílias e a resistência destas nos dois grupos estudados;

(d) Análise do possível impacto de variáveis sociodemográficas e da doença nos resultados obtidos nos dois grupos.

III – Metodologia

3.1. Amostra

3.1.1 Seleção e recolha da amostra

A amostra utilizada nesta investigação foi recolhida no âmbito de um projeto de Doutoramento intitulado “Histórias e trajetórias de adaptação e resiliência familiar na doença pediátrica” (Cunha, 2011). A amostra é composta por 81 pais de 67 crianças, seguidas no Hospital Pediátrico – Centro Hospitalar de Coimbra e no Centro Hospitalar da Cova da Beira. A seleção dos participantes foi feita considerando como critério de inclusão ser pai ou mãe de uma criança com diagnóstico médico de uma condição física considerada crónica, independentemente do tempo de diagnóstico. Antes de efetuados os contactos com as famílias, foi feito um pedido de colaboração às duas instituições e o projeto de investigação foi sujeito à apreciação das Comissões de Ética e autorizado pelos respetivos Conselhos de Administração.

Questões relacionadas com a organização das consultas conduziram a que os participantes fossem maioritariamente pais de crianças com o diagnóstico de asma e diabetes *mellitus* tipo 1, não obstante terem participado, na investigação, pais de crianças com outros diagnósticos (e.g. doença renal, artrite idiopática juvenil, fibrose quística, entre outros). Assim, neste estudo será apenas utilizada a amostra que integrou pais de crianças com asma e diabetes *mellitus* tipo 1.

Em todos os casos, o contacto entre a investigadora e as famílias elegíveis para participar foi feito através dos médicos que acompanhavam as crianças nas consultas de especialidade (Cunha, 2011). Depois de os participantes serem informados sobre os objetivos, o carácter voluntário da investigação e terem assinado uma folha de consentimento informado (cf. Anexo A), procederam ao preenchimento dos questionários. A maioria dos preenchimentos foi feita em contexto hospitalar, antes ou após as consultas médicas, embora um pequeno número de participantes o tenha feito em casa, enviando, posteriormente, os questionários por correio à investigadora responsável pelo projeto. Os questionários sociodemográficos foram preenchidos em formato de entrevista, realizada pela investigadora, enquanto os inventários foram administrados em formato de auto-resposta.

Para o estudo exploratório de adaptação e validação do CHIP foram adicionados 26 protocolos (perfazendo, assim, um total de 93 crianças) recolhidos na Casa da Acreditar de Coimbra, onde são acolhidas crianças com doença oncológica e os seus familiares. Esta amostra foi recolhida entre novembro de 2012 e abril de 2013 no âmbito da investigação inserida noutra tese de Mestrado Integrado em Psicologia, onde foi administrado igualmente o CHIP aos pais que acompanhavam as crianças às consultas e que ficavam alojados na instituição.

3.1.2 Caracterização da amostra

A amostra total (utilizada para o estudo exploratório de adaptação e validação do CHIP) é constituída por 107 pais de crianças com doenças crónicas – asma, diabetes e doença oncológica (retinoblastoma, sarcoma de Ewing, tumor cerebral, tumor ósseo, tumor de Wilms e leucemia). As mães ($n=80$) apresentam uma média de idades de 37.46 ($DP=5.27$), com idade entre os 27 e os 54 anos, e os pais ($n=27$) uma média de idades de 39.59 ($DP=5.64$), com idades compreendidas entre os 30 e os 53 anos. No que diz respeito à escolaridade das mães, a conclusão do 3º ciclo do ensino básico (31.3%) e o secundário (31.3%) foram os níveis mais representados na amostra. No caso dos pais, a conclusão do ensino secundário foi o nível de escolaridade mais comum (40.7%). Quanto ao estado civil, a maioria destes pais é casada (79.6%). O agregado familiar mais frequente é composto pelo casal, a criança cronicamente doente e por um ou mais irmãos (66.2%) e o nível socioeconómico (NSE) mais frequente é o baixo (49.5%)¹ (cf. Tabela 1).

Tabela 1
Dados Sociodemográficos dos Participantes

Variáveis	Categorias	Amostra Total (N=107)	%
Escolaridade Mãe	1º Ciclo	5	6.3
	2º Ciclo	11	13.8
	3º Ciclo	25	31.3
	Secundário	25	31.3
	Superior	14	17.5
Escolaridade Pai	1º Ciclo	3	11.1
	2º Ciclo	6	22.2
	3º Ciclo	6	22.2
	Secundário	11	40.7
	Superior	1	3.7
Estado Civil ^a	Solteiro	5	5.4
	Casado	74	79.6
	União de facto	2	2.2
	Separado/Divorciado	10	10.8
	Viúvo	2	2.2
Agregado Familiar ^a	Casal + criança	15	16.1
	Casal + criança + irmãos	56	60.2
	Mãe + criança	2	2.2
	Outros ^b	20	21.5
NSE ^a	Baixo	46	49.5
	Médio	40	43.0
	Elevado	7	7.5

^a Nos casos em que ambos os pais participaram na investigação ($n=14$), só se consideraram os dados fornecidos por um deles, de forma a evitar dados repetidos.

^b Aqui foram incluídas as situações em que o pai estava emigrado, os avós também moravam com a família, a mãe tinha um novo companheiro e em que a mãe tinha mais filhos além da criança doente.

¹ O nível socioeconómico foi obtido através do cruzamento entre a profissão e o nível de escolaridade dos pais, tendo por base a seguinte classificação: NSE baixo, médio e elevado (Simões, 1994).

Conforme consta da Tabela 2, das 93 crianças, 43 são do sexo feminino e 50 do sexo masculino. A média de idades é de 9.28 ($DP=3.96$), variando entre os 2 meses e os 17 anos, sendo que 45.2% das crianças têm entre 6 a 10 anos de idade. O 1º Ciclo do ensino básico é o nível de ensino mais frequentado (37.0%). A maioria é de nacionalidade portuguesa ($n=90$) e grande parte reside na Região Centro do país (79.6%). No que se refere ao diagnóstico, 35 crianças têm diabetes, 32 foram diagnosticadas com asma e 26 têm uma doença oncológica. Em relação à idade da criança aquando do diagnóstico, 37.6% tinham entre 3 e 5 anos no momento do diagnóstico.

Tabela 2
Variáveis Sociodemográficas e de Diagnóstico das Crianças

Variáveis	Categorias	Amostra Total (N=93)	%
Sexo	Feminino	43	46.2
	Masculino	50	53.8
Idade	0-2	5	5.4
	3-5	10	10.8
	6-10	42	45.2
	11-17	36	38.7
Escolaridade	Pré-escolar	15	16.3
	1º Ciclo	34	37.0
	2º Ciclo	19	20.7
	3º Ciclo	21	22.8
	Secundário	3	3.3
Região de residência	Norte	5	5.4
	Centro	74	79.6
	Lisboa	3	3.2
	Alentejo	1	1.1
	Algarve	1	1.1
	Região Autónoma dos Açores	5	5.4
	Região Autónoma da Madeira	3	3.2
Diagnóstico	Diabetes	35	37.6
	Asma	32	34.4
	Oncológico	26	28.0
Idade Diagnóstico	0-2	26	28.0
	3-5	35	37.6
	6-10	24	25.8
	11-17	8	8.6

Quanto à amostra específica para o estudo de comparação entre diabetes e asma, é constituída por 81 respondentes, dos quais 43 pertencem ao grupo da diabetes (30 mães e 13 pais) e 38 ao grupo da asma (30 mães e 8 pais). No grupo da diabetes, a conclusão do secundário foi o nível de ensino mais representado pelas mães (33.3%) e, no caso dos pais, o 3º ciclo do ensino básico (30.8%). Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes é casada (85.7%) e o agregado familiar mais frequente é composto pelo casal,

criança doente e outros irmãos (51.4%). O NSE familiar baixo e médio estão representados em igual número (48.6%). No grupo da asma, a escolaridade mais frequente das mães é o 3º ciclo do ensino básico (43.3%) e a dos pais é o secundário (50.0%). Em relação ao estado civil, o mais frequente é serem casados (90.6%). O agregado familiar composto pelo casal, criança doente e irmãos é o mais registado (75.0%) e o NSE médio é o mais frequente (46.9%) (cf. Tabela 3).

Tabela 3
Dados Sociodemográficos por Grupo de Pertença

Variáveis	Categorias	Diabetes		Asma		Total	
		(n=43)	%	(n=38)	%	(N=81)	%
Escolaridade Mãe	1º Ciclo	2	6.7	2	6.7	4	6.7
	2º Ciclo	3	10.0	3	10.0	6	10.0
	3º Ciclo	7	23.3	13	43.3	20	33.3
	Secundário	10	33.3	6	20.0	16	26.7
	Superior	8	26.7	6	20.0	14	23.3
Escolaridade Pai	1º Ciclo	2	15.4	-	-	2	9.5
	2º Ciclo	3	23.1	2	25.0	5	23.8
	3º Ciclo	4	30.8	2	25.0	6	28.6
	Secundário	3	23.1	4	50.0	7	33.3
	Superior	1	7.7	-	-	1	4.8
Estado Civil ^a	Solteiro	2	5.7	-	-	2	3.0
	Casado	30	85.7	29	90.6	59	88.1
	União de facto	1	2.9	-	-	1	1.5
	Separado/Divorciado	2	5.7	3	9.4	5	7.5
	Viúvo	-	-	-	-	-	-
Agregado Familiar ^a	Casal + criança	9	25.7	5	15.6	14	20.9
	Casal + criança + irmãos	18	51.4	24	75.0	42	62.7
	Mãe + criança	1	2.9	1	3.1	2	3.0
	Outros ^b	7	20.0	2	6.3	9	13.4
NSE ^a	Baixo	17	48.6	14	43.8	31	46.3
	Médio	17	48.6	15	46.9	32	47.8
	Elevado	1	2.9	3	9.4	4	6.0

^a Nos casos em que ambos os pais participaram na investigação (n=14), só se consideraram os dados fornecidos por um deles, de forma a evitar dados repetidos.

^b Aqui foram incluídas as situações em que o pai estava emigrado, os avós também moravam com a família, a mãe tinha um novo companheiro e em que a mãe além da criança doente tinha mais filhos.

3.2. Instrumentos

Os instrumentos utilizados incluem um questionário sociodemográfico e as versões portuguesas do *Coping Health Inventory for Parents* (CHIP) e do *Family Hardiness Index* (FHI).

Questionário sociodemográfico: Desenvolvido no âmbito da investigação inserida na Dissertação de Doutoramento de Cunha (2011), serviu para recolher informação acerca do agregado familiar da criança diagnosticada (e.g., idade, nível de escolaridade e estado civil dos pais,

composição do agregado), da própria criança (e.g., sexo, idade, nível de escolaridade) e de alguns dados sobre a respetiva doença (e.g., diagnóstico, idade da criança aquando do diagnóstico, percepção parental da gravidade da doença) (cf. Anexo B).

Coping Health Inventory for Parents (CHIP): Foi desenvolvido por H. McCubbin, M. McCubbin, R. Nevin e E. Cauble, em 1981, com o intuito de “avaliar a percepção dos pais acerca dos seus comportamentos de *coping* para gerir a vida familiar quando têm uma criança séria e/ou cronicamente doente” (McCubbin et al., 2001, p. 430). Neste estudo, a versão utilizada foi traduzida para português por Cunha e Relvas, em 2008. Para tal, foi efetuado o contacto com os autores da versão original, obtendo a respetiva autorização. Posteriormente, foi feita a tradução de inglês para português, que foi revista, de forma independente, por dois professores de inglês. Neste processo, e atendendo à dificuldade de interpretação de um item (item 7), que se prendia com uma dúvida em relação ao sentido da afirmação, optou-se por contactar os autores para o seu esclarecimento.

Este inventário de auto-resposta é constituído por 45 itens (a versão original tinha 80 itens, em que 30 deles foram considerados não aplicáveis e outros cinco foram eliminados pelos investigadores, através do critério de variância mínima ou insignificante) referentes a comportamentos específicos cotados pelos pais quanto à sua utilidade na sua situação familiar em particular, numa escala de *Likert* que varia de 0 (*Nada Útil*) a 3 (*Extremamente Útil*). Caso esses comportamentos não sejam utilizados, existem mais duas opções para o justificar: “*Decidi não fazê-lo*” ou “*Não é possível*” (cf. Anexo C).

Através de estudos de análise fatorial exploratória, os 45 itens encontram-se repartidos por três subescalas, que correspondem a três padrões de *coping*: Padrão I – Integração Familiar, Cooperação e Definição Otimista da Situação, composto por 19 itens focados no fortalecimento da vida e relações familiares e na perspetiva dos pais sobre a vida com uma criança cronicamente doente; Padrão II – Manutenção do Suporte Social, Auto-estima e Estabilidade Psicológica, com 18 itens que envolvem os esforços dos pais para desenvolver relações com outros, envolver-se em atividades que aumentem os sentimentos de identidade individual e auto-estima e aumentar comportamentos para gerir tensões e pressões psicológicas; e Padrão III – Compreensão da Situação de Cuidados de Saúde Através da Comunicação com Outros Pais e da Consulta com a Equipa de Saúde, composto por 8 itens dirigidos às relações dos pais com os profissionais de saúde e com outros pais de crianças cronicamente doentes (McCubbin, McCubbin, Patterson, Cauble, Wilson, & Warwick, 1983). Relativamente aos estudos de fiabilidade, os autores encontraram valores para o coeficiente alfa de Cronbach satisfatórios para cada uma das três subescalas, sendo de .79, .79 e .71, respetivamente (McCubbin et al., 2001).

Um primeiro estudo exploratório com a utilização desta tradução do CHIP foi realizado por Cunha e Relvas (2009). Utilizando uma amostra de 67 mães e 26 pais de crianças com distintas doenças crónicas (e.g. asma,

diabetes, artrite idiopática juvenil, doença renal, entre outras), as autoras compararam os resultados obtidos nos três padrões de *coping* da versão original do instrumento, uma vez que não foi realizada nenhuma análise fatorial, com os dados originais fornecidos pelos autores, verificando-se pontuações médias significativamente mais elevadas na amostra portuguesa.

O CHIP tem sido utilizado em alguns estudos onde são avaliadas as experiências e as estratégias para lidar com a doença crónica (e.g., Endler, Kocovski, & Macrodimitris, 2001; Garro, 2011; Mu, 2005; Sullivan-Bolyai et al., 2002). Também em Portugal, uma outra versão do instrumento, traduzida por G. Pereira e C. Almeida foi utilizada num estudo acerca do diabetes em adolescentes (Pereira, Almeida, Rocha, & Leandro, 2011).

Family Hardiness Index (FHI): Desenvolvido por M. McCubbin, H. McCubbin e A. Thompson, em 1986, com o objetivo de avaliar as forças internas e durabilidade da unidade familiar, sendo que a resistência familiar é caracterizada pelo “sentido de controlo sobre os resultados dos eventos de vida e as dificuldades, uma visão de mudança como benéfica e produtiva, e que leva a um crescimento, e uma orientação ativa (e não passiva) no ajustamento e gestão de situações de stress” (McCubbin et al., 2001, p. 274). Neste estudo, foi utilizada a versão portuguesa do instrumento, traduzida por Cunha, em 2008.

Este inventário de auto-resposta integra 20 itens, em que os respondentes devem avaliar o grau em que cada afirmação descreve a sua situação atual, através de uma escala de *Likert* de 0 a 3 (“Falso”, “Falso na maioria das vezes”, “Verdadeiro na maioria das vezes” e “Verdadeiro”) (cf. Anexo D). Os 20 itens podem ser repartidos por dois conjuntos de subescalas ligeiramente diferentes: um com quatro fatores e outro com apenas três. Na versão de três subescalas, que correspondem a características descritivas do conceito de resistência familiar, o Fator I – Compromisso – é composto por 8 itens que medem o sentimento da família das forças internas, confiança e capacidade de trabalharem juntos; o Fator II – Desafio – é constituído por 6 itens que avaliam os esforços da família para ser inovadora, ativa, para experienciar novas coisas e para aprender; e o Fator III – Controlo – é composto por 6 itens que medem a sensação da família de ter o controlo da vida familiar, em vez de ser moldada por eventos e circunstâncias externas (McCubbin et al., 2001). Os estudos da consistência interna apontam para valores de alfa de Cronbach de .82 para a escala total e de .81, .80 e .65 para cada uma das três subescalas, respetivamente. Por sua vez, o valor obtido num estudo de teste-reteste para o total da escala foi de .86 (McCubbin et al., 2001).

Este instrumento tem sido igualmente utilizado em estudos sobre doença crónica, avaliando a perceção que a família tem sobre a sua resistência nessa situação de adversidades (e.g., Gallo, Knafl, & Angst, 2009; Svavarsdóttir & Rayens, 2003; Weiss & Lundsky, 2011).

3.3. Análises estatísticas

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados e as análises estatísticas foram efetuadas com recurso ao software *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (versão 20.0, para o Windows).

Para responder ao primeiro objetivo do estudo, inicialmente procedeu-se ao estudo de análise dos itens do CHIP, com recurso a estatísticas descritivas: média, desvio-padrão, moda, assimetria e curtose. Verificados os pressupostos da normalidade e do tamanho da amostra, efetuaram-se estudos de análise fatorial exploratória para determinar a estrutura fatorial do CHIP, com rotação ortogonal *Varimax*. Para analisar a consistência interna dos itens do CHIP e dos seus fatores, determinou-se o coeficiente alfa de Cronbach. Uma vez que também se utilizou o FHI, e na ausência de estudos para a população portuguesa, também se determinou o valor do alfa de Cronbach para o total e para as três subescalas² (cf. Anexo E). Foram também analisadas as intercorrelações entre os fatores do CHIP, através do coeficiente de correlação de Pearson.

Para o segundo objetivo do estudo, foi feita uma comparação dos resultados obtidos no CHIP e no FHI nos grupos da asma e diabetes, com recurso ao teste *t* de *Student* para amostras independentes. No caso de as diferenças serem estatisticamente significativas, foi calculada a magnitude do efeito. Procedeu-se, igualmente, a uma análise da frequência dos itens, no sentido de perceber quais as estratégias de *coping* mais e menos utilizadas pelos pais dos dois grupos. De forma a avaliar se existem associações entre as estratégias de *coping* utilizadas pelas famílias e a resistência destas nos dois grupos estudados, procedeu-se ao cálculo da correlação entre as subescalas do FHI e os fatores do CHIP. Por último, calcularam-se várias ANOVAs para explorar o impacto das variáveis sociodemográficas e da doença nos resultados obtidos no grupo da asma e da diabetes, com cálculo da magnitude do efeito (para as diferenças estatisticamente significativas). Perante diferenças estatisticamente significativas, procedeu-se a análises com testes *post-hoc* (teste Tukey) para analisar entre que níveis das variáveis se situavam as diferenças. Nos casos em que a variável independente apenas é composta por dois níveis, foi utilizado o teste *t* de *student* para amostras independentes.

IV – Resultados

4.1. Estudo exploratório de adaptação e validação do CHIP

4.1.1 Estudo de análise dos itens

Num primeiro momento e atendendo ao primeiro objetivo do estudo, de realizar um estudo exploratório de adaptação e validação do CHIP para a população portuguesa, foi efetuada uma análise dos itens do instrumento. O funcionamento destes foi analisado através das estatísticas descritivas média, desvio-padrão, moda, amplitude, assimetria e curtose.

² Para o total do FHI e para as respetivas subescalas, com a amostra do presente estudo, foram obtidos valores de coeficiente alfa de Cronbach entre .52 e .71.

Tabela 4

Estatísticas Descritivas dos Itens do CHIP

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mo</i>	Min-Máx	Assimetria	Curtose
1	2.44	0.95	3	0-3	-1.72	1.82
2	2.08	0.92	2	0-3	-1.04	0.48
3	2.51	0.88	3	0-3	-1.97	2.99
4	2.16	0.92	2	0-3	-1.13	0.63
5	2.64	0.54	3	1-3	-1.17	0.37
6	2.66	0.63	3	0-3	-2.15	5.18
7	1.85	1.09	2	0-3	-0.63	-0.89
8	2.13	0.90	2	0-3	-0.91	0.19
9	1.24	1.00	2	0-3	0.13	-1.15
10	2.38	0.74	3	0-3	-1.18	1.40
11	2.10	1.00	3	0-3	-0.98	-0.04
12	2.00	0.98	2	0-3	-0.75	-0.40
13	1.59	1.04	2	0-3	-0.35	-1.05
14	1.90	0.96	2	0-3	-0.79	-0.17
15	2.69	0.48	3	1-3	-1.09	-0.18
16	2.60	0.51	3	1-3	-0.62	-1.12
17	2.30	0.73	2	0-3	-1.13	1.75
18	2.33	0.80	3	0-3	-1.23	1.33
19	2.32	0.64	2	0-3	-1.08	2.86
20	2.49	0.65	3	0-3	-1.32	2.38
21	2.44	0.66	3	0-3	-1.19	1.90
22	1.72	0.88	2	0-3	-0.61	-0.21
23	2.67	0.49	3	1-3	-0.99	-0.44
24	1.98	0.81	2	0-3	-0.53	-0.06
25	2.14	0.77	2	0-3	-0.88	0.91
26	2.01	0.69	2	0-3	-0.88	1.75
27	2.31	0.72	2	0-3	-1.16	1.99
28	2.30	0.74	2	0-3	-1.11	1.53
29	1.77	1.02	2	0-3	-0.48	-0.85
30	1.79	0.93	2	0-3	-0.37	-0.68
31	2.51	0.62	3	0-3	-1.37	3.08
32	2.01	0.80	2	0-3	-0.47	-0.22
33	1.58	0.93	2	0-3	-0.30	-0.74
34	1.73	1.02	2	0-3	-0.51	-0.83
35	2.71	0.50	3	1-3	-1.41	0.98
36	2.43	0.92	3	0-3	-1.72	2.07
37	1.19	1.04	0	0-3	0.23	-1.23
38	2.38	0.71	3	0-3	-1.02	0.94
39	1.82	1.00	2	0-3	-0.50	-0.76
40	2.23	0.78	2	0-3	-0.92	0.62
41	2.69	0.54	3	0-3	-1.92	4.92
42	1.28	0.99	2	0-3	0.07	-1.13
43	2.51	0.65	3	0-3	-1.42	2.63
44	2.51	0.76	3	0-3	-1.70	2.70
45	2.69	0.54	3	0-3	-1.92	4.92

Perante os dados obtidos nessa análise, apresentados na Tabela 4, verifica-se que o item com uma média mais elevada é o 35 ($M=2.71$; $DP=0.50$) e que o item 37 tem a média mais baixa ($M=1.19$; $DP=1.04$). Relativamente à moda, o valor 2 foi o mais frequente, tendo sido a resposta mais dada em 24 itens. Verifica-se também que os itens 5, 15, 16, 23 e 35 não abrangem toda a escala de resposta (0-3). Quanto à assimetria, apenas em 3 itens se verificam valores positivos, sendo eles o 9, 37 e 42. No caso da curtose, os itens que se afastam mais de 0 são os itens 6, 31, 41 e 45.

No CHIP existem mais duas opções de resposta, para justificar quando o comportamento não é utilizado. Em relação à primeira opção de resposta “*Decidi não fazê-lo*”, verifica-se que o item mais cotado foi o item 2 ($n=6$). Quanto à opção “*Não é possível*”, o item mais cotado foi o item 34 ($n=7$). De uma forma geral, o item correspondente ao comportamento menos utilizado foi o 13 ($n=11$), sendo que os itens 5, 10, 15, 16, 23, 31 e 35 foram referidos sempre como comportamentos utilizados (cf. Anexo F).

4.1.2 Estudos de evidência de validade interna: Análise fatorial exploratória e correlação entre fatores

Num primeiro momento, procedeu-se à verificação dos pressupostos necessários para a realização de uma análise fatorial exploratória com os 45 itens do CHIP, a qual tem como objetivo “descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida para fatores que de alguma forma controlam as variáveis originais” (Maroco, 2007, p. 361). Em relação à normalidade da distribuição dos resultados, pode-se dizer que o teste Kolmorov-Smirnov indica que os valores obtidos se aproximam de uma distribuição normal ($K-S=.063$, $p=.200$).

Quanto ao tamanho da amostra, alguns autores recomendam a existência de 10 sujeitos por cada item, enquanto outros sugerem que seja necessário apenas 5 (Pallant, 2003). Apesar de o número de sujeitos desta amostra ($N=107$) não cumprir o pressuposto, não se encontra muito distante do tamanho da amostra utilizada no estudo original do CHIP ($N=185$).

Posteriormente, verificou-se a qualidade das correlações entre as variáveis, através do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), obtendo-se um valor de .693, revelando uma adequação razoável da amostra³ (Pestana & Gageiro, 2003). Já o teste de esfericidade de Bartlett afigurou-se como significativo, $X^2(990)=2303.188$, $p<.001$.

³ Na interpretação do valor do teste de KMO foi utilizada a convenção de Kaiser, segundo a qual a adequação da amostra é: inaceitável quando o valor do teste KMO é inferior a .50; má entre .50 e .60; razoável entre .60 e .70; média entre .70 e .80; boa entre .80 e .90; e muito boa entre .90 e 1 (Pestana & Gageiro, 2003).

Tabela 5

Matriz Rodada e Variância Explicada: CHIP – 3 Fatores (Rotação Varimax)

Itens CHIP	Componentes			h ²
	1	2	3	
29	.703			.494
33	.672			.452
14	.662			.438
32	.648			.420
17	.611			.373
26	.603			.364
28	.572			.327
27	.572			.327
9	.566			.320
22	.554			.307
45	.530	.355	.359	.536
21	.524		.363	.407
24	.510		.357	.387
19	.495	.350		.368
18	.448			.201
7	.429			.184
8	.383			.147
13	.373			.139
30	.359			.129
39	.355	.323		.230
37	.327			.107
42	.310			.096
40				
15		.707		.500
16		.693		.480
23		.618		.382
35		.607		.368
5		.581		.338
6		.569		.324
43		.541		.293
12	.368	.507		.392
4	.353	.493		.368
25		.436		.190
31	.316	.428		.283
44		.423		.179
11		.422		.178
10		.358		.128
38		.343	.340	.234
20		.339		.115
1			.893	.797
3			.866	.750
36			.787	.619
34	.448		.585	.543
41	.363		.437	.323
2			.349	.122
<i>Eigenvalues</i>	7.21	5.24	3.87	
% variância explicada	16.02	11.65	8.60	
% variância explicada CHIP Total = 36.26				

Procedeu-se então à extração de componentes, identificando-se 14 fatores que explicam 74.10% da variância total (cf. Anexo G). No entanto, o facto de reter 14 fatores com *eigenvalue* superiores a 1 revela-se excessivo, optando-se, a título experimental, por averiguar se a estrutura fatorial de 3 fatores da versão original do CHIP se ajustava. Considerando-se apenas os itens com saturações superiores a .30 (Pallant, 2003), a estrutura de 3 fatores, sujeita ao método de rotação ortogonal *Varimax*, explica 36.26% da variância. Verifica-se que o Fator 1 é composto por 22 itens, com valores de saturação entre .310 e .703, o Fator 2 é composto por 16 itens, com saturações a oscilar entre .339 e .707, e o Fator 3 é composto por 6 itens, com saturações ente .349 e .893. De referir que nesta configuração o item 40 não satura em nenhum dos fatores, mas com a diminuição do critério de saturação para .25, já satura em dois fatores (cf. Tabela 5).

No entanto, os resultados não eram satisfatórios pois não se assemelhavam à estrutura da versão original. Dessa forma, procedeu-se à análise do *scree-plot* que apontava para a extração de 5 fatores (cf. Anexo H), que, sendo igualmente sujeita ao método de rotação ortogonal *Varimax*, explica 46.70% da variância (cf. Tabela 6).

O Fator 1 pode ser denominado de Manutenção do Suporte Social e da Estabilidade Psicológica e é composto por 16 itens, com saturações entre .318 e .698, que retratam comportamentos que pretendem estabelecer e manter relações com outros e que aliviem a pressão psicológica. Optou-se por excluir os itens 21 e 28, incluindo os itens 4, 12, 27, 37 e 42, todos eles com saturações em mais do que um fator. Este fator assemelha-se ao Padrão II da versão original do *CHIP*, uma vez que 15 itens também faziam parte desse padrão.

O Fator 2, intitulado de Integração Familiar e Definição Otimista da Situação, foca-se no fortalecimento das relações familiares e de uma visão positiva através das próprias crenças e da obtenção de informação e é composto por 13 itens, em que as saturações variam entre .380 e .654, dos quais 10 fazem parte do Padrão I da versão original do instrumento. Aqui, optou-se por excluir o item 27 e incluir os itens 21 e 28, excluídos do Fator 1.

Por sua vez, o Fator 3 – Relação com a Equipa de Cuidados Médicos – é composto por 7 itens, com saturações a oscilar entre .443 e .729, que correspondem a comportamentos que demonstram uma visão positiva dos serviços prestados à criança e a preocupação com o cumprimento das prescrições médicas. Decidiu-se excluir os itens 4 e 12, incluídos no Fator 1.

Já o Fator 4, composto por 4 itens, corresponde à demonstração de confiança e partilha de momentos e sentimentos com o cônjuge, daí a sua designação de Fortalecimento da Relação Conjugal. As saturações dos itens vão desde o .603 a .897. Deste Fator, 3 itens pertencem ao Padrão I da versão original, sendo que apenas o item 34 pertence ao Padrão II.

Por fim, o Fator 5 – Compreensão da Situação Médica da Criança – é composto por 5 itens, cujas saturações variam entre .416 e .706, que envolvem a comunicação e a troca de experiências/conhecimento com outras

peessoas na mesma situação. Também aqui se excluiu os itens 37 e 42 para se incluir no Fator 1. De notar que este fator em conjunto com o Fator 3 correspondem, em parte, ao Padrão III da versão original do CHIP.

Tabela 6
Matriz Rodada e Variância Explicada: CHIP – 5 Fatores (Rotação Varimax)

Itens CHIP	Componentes					<i>h</i> ²
	1	2	3	4	5	
33	.698					.487
32	.692					.479
29	.660					.436
22	.655					.429
14	.623					.388
9	.601					.361
24	.515			.353		.390
28	.507	<i>.380</i>				.401
17	.493	<i>.324</i>			.402	.510
19	.466		.309			.313
7	.449					.202
21	.421	<i>.386</i>		.322		.430
13	.339					.115
45	.317	.654				.528
41		.647		.364		.551
27	<i>.348</i>	.611				.494
40		.583				.340
8		.553				.306
39		.551				.304
26	.401	.525				.437
25		.478			.347	.493
38		.462				.213
44		.417				.174
31		.404	.313			.261
18	.311	.391				.250
16			.729			.531
15			.724			.524
5			.632			.399
23			.625			.391
4	<i>.475</i>		.571			.552
35		.350	.568			.446
43		.409	.452			.371
6		.399	.443			.355
12	.336		.441			.307
1				.897		.805
3				.880		.774
36				.787		.619
34	.479			.603		.593
20					.706	.498
10					.687	.472
2					.457	.209
30	.425				.447	.381
11			.367		.416	.308
42	.379				-.390	.296
37	.318				-.335	.213
<i>Eigenvalues</i>	5.79	4.84	4.09	3.61	2.69	
% variância explicada	12.86	10.76	9.09	8.02	5.98	
% Variância explicada CHIP Total = 46.70						

Nota. As saturações assinaladas a itálico correspondem ao fator onde o item foi englobado, atendendo à sua relevância teórica.

Ainda no âmbito dos estudos de validade interna, foi calculada a correlação entre os cinco fatores do CHIP, identificados neste estudo

exploratório para a população portuguesa, que avalia a força e a direção de uma relação linear entre duas variáveis (Pallant, 2003) (cf. Tabela 7). Todas as correlações são positivas e a correlação mais elevada foi obtida entre a Manutenção do Suporte Social e da Estabilidade Psicológica (Fator 1) e a Integração Familiar e Definição Otimista da Situação (Fator 2), considerada moderada ($r=.63$, $p<.01$), sendo a maioria das restantes baixas⁴. Verifica-se igualmente que todas são estatisticamente significativas, à exceção da associação entre o Fator 1 e o Fator 4 ($r=.18$, ns).

Tabela 7
Intercorrelações entre Fatores do CHIP

Fatores CHIP	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
Fator 1					
Fator 2	.63**				
Fator 3	.39**	.47**			
Fator 4	.18	.31**	.22*		
Fator 5	.35**	.39**	.29**	.25**	

** $p<.01$ * $p<.05$ (bicaudal)

4.1.3 Estudos de evidência de precisão: Consistência interna

Foi ainda calculado o coeficiente alfa de Cronbach, uma vez que é uma das medidas mais usadas na verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (Pestana & Gageiro, 2003). Este avalia o “grau de uniformidade ou de coerência existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem a prova” (Almeida & Freire, 2008, p. 183).

Uma vez que na versão original do CHIP não foi calculado o alfa para o total, procedeu-se apenas ao cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach para cada um dos cinco fatores identificados no estudo de análise fatorial exploratória, os quais variam entre .61 e .85, como se pode confirmar na Tabela 8, onde também são apresentados os valores da versão original para comparação. De notar que existe uma correspondência entre o Padrão I da versão original e o Fator 2 encontrado neste estudo, assim como entre o Padrão II da versão original e o Fator 1 deste estudo. Também a conjugação entre os Factores 3 e 5 deste estudo correspondem ao Padrão III da versão original. Assim, de uma forma geral, os valores do coeficiente de alfa de Cronbach obtidos para os fatores do presente estudo são ligeiramente superiores aos valores obtidos na versão original.

⁴ Segundo Pestana e Gageiro (2003), uma correlação é considerada muito baixa quando é inferior a .20, baixa quando se encontra entre .20 e .39, moderada entre .40 e .69, alta quando está entre .70 e .89 e muito alta quando se encontra no intervalo de .90 a 1.

Tabela 8

Coeficiente Alfa de Cronbach: CHIP Original vs. CHIP Versão Portuguesa

	CHIP Original	CHIP Estudo exploratório Portugal
Padrão/Fator I	.79	.85
Padrão/Fator II	.79	.82
Padrão/Fator III	.71	.76
Fator IV		.84
Fator V		.61

Em relação ao Fator 1, o valor de alfa obtido foi de .85, verificando-se que a correlação item-total corrigida do item 13 é de .29 e que a sua eliminação não se traduziria num aumento do valor do coeficiente de alfa de Cronbach. Para o Fator 2, obteve-se um valor de .82 e nenhum item está a influenciar a consistência interna da escala de forma negativa. Também no Fator 3 não se encontra qualquer item cuja eliminação se traduzisse num aumento do alfa de Cronbach, que é de .76. Para o Fator 4, obteve-se um valor de alfa de Cronbach de .84, verificando-se que a eliminação do item 34 poderia levar a um ligeiro aumento do alfa de Cronbach para .87, ainda que a correlação item-total corrigido seja superior a .30. Por último, no Fator 5 obteve-se um valor de alfa de .61, em que o item 2 apresenta uma correlação item-total corrigida inferior a .30, aumentando ligeiramente o valor do coeficiente alfa de Cronbach para .62 caso seja eliminado (cf. Tabelas II a I5 do Anexo I).

4.2. Estratégias de *coping* e resistência familiar: Estudo comparativo na diabetes e na asma

4.2.1 Comparação das médias dos dois grupos

Em primeiro lugar, é importante referir que o pressuposto da homogeneidade da variância é cumprido em todas as variáveis estudadas ($p > .05$).

Procurando averiguar se havia diferenças entre o grupo da asma e da diabetes quanto às estratégias de *coping* utilizadas, calculou-se o *t* de *Student* para amostras independentes. Apesar da tendência do grupo diabetes em apresentar resultados mais elevados, é apenas no Fator 5, relativo à Compreensão da Situação Médica da Criança que a diferença entre os dois grupos alcança o limiar de significância estatística, $t(78)=2.545$, $p=.013$, com o grupo diabetes ($M=11.51$; $DP=2.33$) a apresentar resultados mais elevados em relação ao grupo asma ($M=10.03$; $DP=2.88$) (cf. Tabela 9). A magnitude da diferença entre as médias é moderada ($\eta^2=.07$)⁵.

No mesmo sentido, procurou-se avaliar se havia diferenças na perceção que a família tem sobre as forças internas familiares (resistência) entre os dois grupos. Nenhuma diferença alcançou o limiar de significância estatística, ainda que o grupo asma apresente tendencialmente resultados ligeiramente superiores nas características de Desafio e de Controlo (cf. Tabela 9).

⁵ Para avaliar a magnitude do efeito, considerou-se a proposta de Cohen, que considera um efeito reduzido se o valor for de .01, moderado se for .06 e elevado se for .14 (Pallant, 2003).

Tabela 9
Estudo de Comparação de Médias do CHIP e FHI: Grupo Asma vs. Grupo Diabetes

CHIP ^a	Diabetes (n=43)		Asma (n=38)		t	p
	M	DP	M	DP		
Fator 1	31.13	7.69	27.61	9.57	1.748	.085
Fator 2	30.66	4.73	28.89	6.40	1.390	.169
Fator 3	18.79	2.21	17.82	2.89	1.715	.090
Fator 4	9.60	2.34	9.32	2.87	0.480	.633
Fator 5	11.51	2.33	10.03	2.88	2.545*	.013
FHI^b						
Subescala 1	19.89	2.84	19.34	2.94	0.786	.435
Subescala 2	14.43	2.41	14.91	2.20	-0.914	.364
Subescala 3	11.17	3.11	11.72	3.09	-0.780	.438

^aFator 1: Manutenção do Suporte Social e da Estabilidade Psicológica; Fator 2: Integração Familiar e Definição Otimista da Situação; Fator 3: Relação com a Equipe de Cuidados Médicos; Fator 4: Fortalecimento da Relação Conjugal; Fator 5: Compreensão da Situação Médica da Criança.

^bSubescala 1: Compromisso; Subescala 2: Desafio; Subescala 3: Controle.

* $p < .05$

4.2.2 Estudo da frequência dos itens do CHIP por grupo

Verificou-se também a frequência das respostas do CHIP (cf. Anexo J), analisando os itens mais e menos cotados. Em relação aos itens mais cotados como “Extremamente útil” (cotação máxima), numa primeira análise dos resultados obtidos, denotou-se uma elevada tendência dos pais para cotarem os comportamentos apresentados com a cotação máxima. Neste sentido, apresentam-se na Tabela 10 as frequências dos itens assinalados por 70% ou mais de pais, ordenados por ordem decrescente atendendo aos itens do grupo diabetes (maior número de itens assinalados como extremamente úteis).

Como se pode verificar, existem apenas dois itens que cumprem o critério dos 70% no grupo asma, sendo o item 6 “Acreditar que o meu filho vai melhorar” o mais cotado (73.7%). No grupo diabetes, onde existe um maior número de itens acima dos 70%, os mais cotados são os itens 35 “Ter a certeza que os tratamentos médicos prescritos para a criança estão a ser cumpridos regularmente em casa” e 5 “Falar com o pessoal médico quando vamos ao centro de saúde/hospital”, ambos com 76.7%. De notar que os dois únicos itens que cumprem o critério dos 70% no grupo da asma deixam de o cumprir no grupo da diabetes.

Tabela 10

Itens do CHIP mais Cotados como “Extremamente Útil”

Itens CHIP	Diabetes	Asma
	%	%
35. Ter a certeza que os tratamentos médicos ... cumpridos ...	76.7	65.8
5. Falar com o pessoal médico ...	76.7	52.6
45. Fazer coisas com ... filho	74.4	63.5
41. Tentar manter a estabilidade ...	74.4	60.5
23. Acreditar que o meu filho está a ter os melhores cuidados ...	72.1	63.2
15. Falar com o médico sobre as minhas preocupações ...	72.1	60.5
16. Acreditar que o ... hospital tem em mente o melhor ...	72.1	47.4
36. Fortalecer a relação com o meu cônjuge ...	71.4	55.3
6. Acreditar que ... vai melhorar	62.8	73.7
1. Conversar, com o cônjuge/companheiro(a) ...	62.8	71.1

Nota. A itálico estão assinaladas as frequências assinaladas em menos de 70% nos casos em que o item é cotado em mais de 70% em apenas um dos grupos.

Relativamente aos itens mais cotados como “Nada útil”, alterou-se o critério de 70% para os 20% ou mais, atendendo ao facto de poucos itens serem cotados com pouca utilidade. Aqui verifica-se que existe uma maior correspondência entre os dois grupos, uma vez que os itens se encontram na mesma ordem de frequência, sendo o item 37 “Permitir a mim mesmo(a) zangar-me” o mais referido como “Nada útil” tanto no grupo da diabetes (38.1%) como no grupo da asma (37.8%) (cf. Tabela 11). Verifica-se também que os itens 9 “Comprar presentes para mim e/ou para outros membros da família” e 42 “Poder afastar-me das tarefas domésticas e responsabilidades para obter algum alívio” têm a mesma percentagem de resposta no grupo da diabetes (32.6%). O mesmo acontece com os itens 4 “Dormir”, 13 “Pedir ajuda a outros membros da família nas tarefas domésticas” e 14 “Dar um tempo para mim próprio(a)” no grupo da asma (21.1%). Apesar de os itens 4 e 14 serem pouco cotados como “Nada útil” no grupo diabetes, cumprem o critério no grupo da asma.

Tabela 11

Itens do CHIP mais Cotados como “Nada Útil”

Itens CHIP	Diabetes	Asma
	%	%
37. Permitir ... zangar-me	38.1	37.8
9. Comprar presentes para mim e/ou para outros ...	32.6	28.9
42. Poder afastar-me das tarefas domésticas e responsabilidades ...	32.6	26.3
13. Pedir ajuda a outros membros da família ...	23.3	21.1
14. Dar um tempo para mim ...	9.5	21.1
4. Dormir	7.7	21.1

Nota. A itálico estão assinaladas as frequências assinaladas em menos de 20% nos casos em que o item é cotado em mais de 20% em apenas um dos grupos.

4.2.3 Correlação entre os resultados do CHIP e do FHI nos dois grupos

De forma a avaliar se existem associações entre as estratégias de *coping* utilizadas pelas famílias e a resistência destas no grupo da diabetes e da asma, procedeu-se ao cálculo da correlação entre as subescalas do FHI e os fatores do CHIP.

No grupo da diabetes, verifica-se que a maioria das correlações são positivas, mas apenas cinco são estatisticamente significativas e maioritariamente situadas entre a Subescala 2 do FHI e os fatores do CHIP (cf. Tabela 12). A correlação mais elevada encontra-se entre a característica de Desafio (Subescala 2 do FHI) e Manutenção do Suporte Social e da Estabilidade Psicológica (Fator 1 do CHIP) ($r=.45$; $p<.01$), considerada moderada.

Tabela 12
Associação entre os resultados do CHIP e do FHI na diabetes

CHIP	FHI		
	Subescala 1	Subescala 2	Subescala 3
Fator 1	.19	.45**	.20
Fator 2	.14	.36*	.04
Fator 3	-.08	.40*	-.21
Fator 4	.37*	.09	.09
Fator 5	.08	.39*	.02

** $p<.01$ * $p<.05$ (bicaudal)

No grupo da asma, a correlação mais elevada é entre a característica Desafio (Subescala 2 FHI) e a Compreensão da Situação Médica da Criança (Fator 5 CHIP) ($r=.48$; $p<.01$), considerada moderada. Verifica-se igualmente que a maioria das correlações são positivas e que apenas cinco são estatisticamente significativas (cf. Tabela 13). De notar que a correlação entre a Subescala 3 (Controlo) e o Fator 3 (Relação com a Equipa de Cuidados Médicos) ($r=.44$; $p<.01$) é positiva, moderada e estatisticamente significativa, ao contrário do que se verificou no grupo da diabetes, onde era negativa e não alcançava o limiar de significância estatística.

Tabela 13
Associação entre os resultados do CHIP e do FHI na asma

CHIP	FHI		
	Subescala 1	Subescala 2	Subescala 3
Fator 1	.06	.44**	-.07
Fator 2	.25	.33	-.03
Fator 3	.41*	.43*	.44**
Fator 4	.32	.15	.24
Fator 5	.11	.48**	-.09

** $p<.01$ * $p<.05$ (bicaudal)

4.2.4 Impacto de variáveis sociodemográficas e da doença na asma e diabetes

Para explorar o impacto de algumas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e NSE dos participantes) e da doença (percepção parental da gravidade da doença da criança e idade da criança aquando do diagnóstico) na percepção que as famílias têm sobre as estratégias de *coping* que utilizam (avaliadas pelo CHIP) e sobre a sua resistência familiar (avaliada pelo FHI), recorreu-se a uma série de ANOVAs ou teste *t* de *student* para amostras independentes.

De todas as variáveis estudadas, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas para a percepção parental sobre a gravidade da doença da criança. Assim, as diferenças encontradas não alcançaram o limiar de significância estatística para as variáveis: sexo dos participantes (cf. Tabela K1 do Anexo K); idade dos respondentes (25-34 anos; 35-44 anos; e dos 45-54 anos) (cf. Tabela K2 do Anexo K); escolaridade dos participantes, definida atendendo às categorias 1º Ciclo, 2º Ciclo, 3º Ciclo, Secundário e Superior (cf. Tabela K3 do Anexo K); NSE (classificado como baixo, médio ou elevado) (cf. Tabela K4 do Anexo K); e idade da criança aquando do diagnóstico (0-2 anos; 3-5 anos; 6-10 anos; 11-17 anos) (cf. Tabela K5 do Anexo K).

Relativamente à percepção que os pais têm sobre a gravidade da doença, que pode ser considerada pouco grave, grave, muito grave ou extremamente grave, verificaram-se algumas diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 14). No grupo da diabetes, encontraram-se diferenças no Fator 1, $F(3, 34)=3.555$; $p=.024$ e no Fator 2, $F(3, 37)=6.543$; $p=.001$ do CHIP (magnitude do efeito = .24 e .35, respetivamente). Para averiguar em que níveis de percepção de gravidade se encontravam as diferenças em relação às estratégias de Manutenção do Suporte Social e da Estabilidade Psicológica (Fator 1 do CHIP), foram realizados testes *post-hoc* (teste de Tukey), indicando que a média para a caracterização “Muito grave” ($M=37.43$; $DP=6.32$) difere significativamente da “Grave” ($M=27.59$; $DP=2.70$). O mesmo teste indica, igualmente, que existe uma diferença estatisticamente significativa entre a percepção “Muito grave” ($M=35.86$; $DP=2.61$) e a “Grave” ($M=28.59$; $DP=4.13$) em relação à Integração Familiar e Definição Otimista da Situação (Fator 2 do CHIP).

No que diz respeito ao grupo da asma, verifica-se primeiramente que nenhum dos participantes percebe a doença da criança como “Extremamente grave”. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na Subescala 1, $F(2, 32)=5.834$; $p=.007$ e na Subescala 2, $F(2, 32)=7.038$; $p=.003$ do FHI (magnitude do efeito = .27 e .31, respetivamente). O teste *post-hoc* de Tukey mostrou duas diferenças significativas em relação à característica de Compromisso: entre a percepção “Pouco Grave” ($M=19.35$; $DP=2.70$) e a “Muito Grave” ($M=13.50$; $DP=.71$) e entre a percepção “Grave” ($M=20.23$; $DP=2.52$) e a “Muito Grave” ($M=13.50$; $DP=.71$). Também na característica de Desafio existem diferenças significativas entre a percepção “Pouco Grave” ($M=15.32$; $DP=1.67$) e a “Muito Grave” ($M=11.00$; $DP=4.00$) e entre a percepção “Grave” ($M=15.23$; $DP=1.64$) e a

“Muito Grave” ($M=11.00$; $DP=4.00$).

Tabela 14

Impacto da percepção dos participantes sobre a gravidade da doença da criança nos resultados do CHIP e do FHI

Diabetes											
Gravidade Doença	Pouco Grave		Grave		Muito Grave		Extremamente grave		F	p	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
Subescala 1 FHI	21.11	1.69	19.88	2.85	18.86	3.39	18.67	4.16	1.057	.382	
Subescala 2 FHI	14.20	2.82	14.32	2.29	15.00	2.58	14.50	2.38	0.165	.919	
Subescala 3 FHI	13.00	1.63	11.00	2.66	10.00	4.32	9.50	4.51	2.042	.125	
Fator 1 CHIP	33.63	4.69	27.95	8.32	37.43	6.32	30.25	2.99	3.555*	.024	
Fator 2 CHIP	30.50	4.21	28.59	4.13	35.86	2.61	33.25	4.57	6.543**	.001	
Fator 3 CHIP	18.00	2.49	18.55	2.28	20.57	1.13	19.00	.82	2.223	.101	
Fator 4 CHIP	9.80	1.93	9.59	2.26	9.33	3.78	9.50	1.92	0.049	.985	
Fator 5 CHIP	11.40	3.10	11.05	2.04	12.43	2.15	12.75	1.89	1.039	.386	
Asma											
Gravidade Doença	Pouco Grave		Grave		Muito Grave		Extremamente grave		F	p	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
Subescala 1 FHI	19.35	2.70	20.23	2.52	13.50	.707	-	-	5.834**	.007	
Subescala 2 FHI	15.32	1.67	15.23	1.64	11.00	4.00	-	-	7.038**	.003	
Subescala 3 FHI	11.95	3.09	11.43	3.25	11.50	3.54	-	-	0.117	.890	
Fator 1 CHIP	29.20	8.36	26.29	11.17	21.00	9.90	-	-	0.880	.424	
Fator 2 CHIP	29.05	5.05	28.92	8.52	27.67	6.03	-	-	0.058	.944	
Fator 3 CHIP	18.05	2.78	17.71	3.20	16.67	2.89	-	-	0.301	.742	
Fator 4 CHIP	8.95	3.54	10.14	1.61	8.00	1.00	-	-	1.071	.354	
Fator 5 CHIP	9.85	2.82	10.64	1.99	8.33	6.43	-	-	0.869	.428	

V – Discussão

Terminada a apresentação dos resultados, resta-nos refletir sobre os mesmos, procurando fazer uma articulação com a literatura. Em primeiro lugar, passando pela caracterização da amostra, salienta-se o facto de esta ser composta maioritariamente por mães, o que pode ser justificado pelo facto de a figura feminina/materna assumir geralmente um papel mais ativo nos cuidados ao doente (Sousa et al., 2007), incluindo, por exemplo, a ida com a criança às consultas, onde foi administrado o protocolo deste estudo.

Respondendo ao primeiro objetivo do presente estudo, que se baseia num estudo exploratório para a validação e adaptação do CHIP para a população portuguesa, com a inclusão de uma amostra de 107 pais de

crianças com uma doença crónica, achamos relevante, num primeiro momento, analisar o funcionamento dos itens na amostra recolhida. Perante a análise dos itens do CHIP, verifica-se que o item com a média mais elevada é o item 35 (“Ter a certeza que os tratamentos médicos prescritos para a criança estão a ser cumpridos regularmente em casa”), que se inclui no Fator 3 “Relação com a Equipa de Cuidados Médicos”. No estudo de Cunha (2011), também foi possível identificar que o facto de os pais serem responsáveis pelos cuidados preventivos e pelo cumprimento das indicações médicas era visto como estratégias que lhes permitiam lidar com as exigências da doença de uma forma competente. No sentido inverso, destaca-se o item 37 (“Permitir a mim mesmo(a) zangar-me”), por ter a média mais baixa, inserindo-se no Fator 1 “Manutenção do Suporte Social e da Estabilidade Psicológica”. Salienta-se ainda que o item 13 (“Pedir ajuda a outros membros da família nas tarefas domésticas”) corresponde ao comportamento que mais pessoas referem que não utilizam. Isto pode associar-se ao facto de que quando um membro da família assume a responsabilidade da prestação de cuidados pode acontecer que o cuidador e o doente estabeleçam uma relação de dependência, sentindo que apenas aquele cuidador é capaz de prestar os cuidados adequados, rejeitando as ofertas de apoio dos outros membros (Sousa et al., 2007).

Devido ao carácter exploratório deste estudo e à reduzida dimensão da amostra, apesar de ser uma amostra clínica, a generalização dos dados obtidos deve ser feita de forma cautelosa. Assim sendo, no que diz respeito à análise fatorial, foi experimentada a estrutura de três fatores proposta por McCubbin e colaboradores (1983). No entanto, essa estrutura não se ajustava, optando-se por uma estrutura de cinco fatores através de uma rotação *Varimax* dos itens. Nesta, a variância da amostra explicada é de 46.70%, sendo inferior à do estudo original (71.1%). Apesar da discrepância entre as duas versões em termos do número de fatores e da composição de cada um (o maior fator é composto por 16 itens e o mais pequeno por 4), existem algumas semelhanças. Dos 16 itens que compõem o Fator 1 – Manutenção do Suporte Social e da Estabilidade Psicológica –, 15 fazem parte do Padrão II da versão original do CHIP. O item 13 (“Pedir ajuda a outros membros da família nas tarefas domésticas”), apesar de pertencer originalmente ao Fator Integração Familiar, Cooperação e Definição Otimista da Situação, também apresenta características relativas à estabilidade psicológica, uma vez que é uma forma de evitar uma sobrecarga sobre esse elemento, que é um dos principais problemas dos cuidadores (Sousa et al., 2007). Optou-se por incluir, neste fator, os itens 4, 12, 27, 37 e 42, uma vez que apresentavam saturações semelhantes entre os fatores e que se referem também a comportamentos para manter a estabilidade psicológica.

Relativamente ao Fator 2 – Integração Familiar e Definição Otimista da Situação –, composto por 13 itens, 10 correspondem ao Padrão I da versão original. Os itens 25 e 40, que pertenciam originalmente ao Padrão III, e o item 39, que pertencia ao Padrão II da versão original, referem-se a comportamentos de obtenção de informação sobre a doença, que é uma das

principais estratégias de *coping* utilizadas pelas pessoas em situações de doenças (Endler et al., 2001), e que pode permitir desenvolver uma visão clara e, por isso, mais otimista da situação.

Quanto ao Fator 3, intitulado Relação com a Equipa de Cuidados Médicos, é composto por 7 itens, dos quais 3 pertencem ao Padrão III da versão original do CHIP e 4 pertencem ao Padrão I. Uma vez que os itens 4 (“Comer”) e 12 (“Dormir”) estão mais direcionados para comportamentos que promovem a estabilidade psicológica, e que saturavam igualmente no Fator 1, decidiu-se inclui-los nesse Fator.

Apesar de o Fator 4 – Fortalecimento da Relação Conjugal – ser um fator pequeno, constituído por apenas 4 itens, achamos que fazia sentido mantê-lo, uma vez que os itens que o compõem são claramente direcionados para a relação conjugal. Com efeito, outros estudos evidenciam a importância da entajuda e do suporte mútuo entre o casal (e.g. emocional e prático), enquanto contributos para lidar com as exigências que a doença crónica pediátrica coloca à família (Cunha, 2011).

Por último, no Fator 5 – Compreensão da Situação Médica da Criança –, que é constituído por 5 itens, 3 itens fazem parte do Padrão III da versão original do CHIP. Os itens 37 (“Permitir a mim mesmo(a) zangar-me”) e 42 (“Poder afastar-me das tarefas domésticas e responsabilidades para obter algum alívio”) foram transferidos deste para o Fator 1 uma vez que também saturavam neste fator e que se referem a comportamentos para a manutenção da estabilidade psicológica.

Relativamente à correlação entre os cinco fatores, verificou-se que a maior associação positiva existente é entre o Fator 1 e o Fator 2, ou seja, quanto maior a manutenção do suporte social e da estabilidade psicológica, maior a integração familiar e a visão otimista da situação. Este resultado é semelhante ao encontrado no estudo de Judge (1998), em que se verificou que os esforços de *coping* parental dirigidos para a procura de informação e de suporte emocional social estão associados a uma maior confiança familiar.

Passando para a análise da consistência interna do CHIP, verifica-se que de uma forma geral os valores de alfa de Cronbach obtidos para os fatores, que se situam entre .61 e .85, são ligeiramente superiores aos obtidos tanto na versão original (valores entre .71 e .79) como no estudo de Pereira e colaboradores (2011), onde também foi utilizado este instrumento, mas com outra versão portuguesa (valores entre .65 e .79).

O segundo objetivo do estudo passava pela comparação do grupo de pais de crianças com asma e com diabetes, no que diz respeito à sua perceção sobre as estratégias de *coping* que utilizam e da resistência familiar. Através da comparação entre os dois grupos, verificou-se uma tendência do grupo de pais de crianças com diabetes para apresentar resultados mais elevados, relativamente às estratégias de *coping* utilizadas, mas apenas existe uma diferença significativa no fator “Compreensão da Situação Médica da Criança”. Deste modo, estratégias centradas na compreensão médica, através da comunicação e troca de experiências com outras pessoas na mesma situação, parecem revelar-se particularmente

importantes para os pais de crianças com diabetes. Quanto à percepção que a família tem sobre os seus recursos e a sua resistência, o grupo asma apresentou resultados mais elevados nas características de Desafio e Controlo, mas não se verificou nenhuma diferença estatisticamente significativa. Segundo Judge (1998) apurou no seu estudo, as famílias que têm resultados superiores no Controlo são menos propensas a usar estratégias de *coping* relacionadas com a auto-culpabilização ou com esforços para escapar ou evitar o problema.

Fazendo uma análise às frequências das respostas aos itens do CHIP por grupo, verificou-se que, no grupo da diabetes, os itens mais cotados como “Extremamente útil” são o 35 (“Ter a certeza que os tratamentos médicos prescritos para a criança estão a ser cumpridos regularmente em casa”) e o 5 (“Falar com o pessoal médico (enfermeiros, assistentes sociais, etc), quando vamos ao centro de saúde/hospital”), ambos do Fator 3 do CHIP “Relação com a Equipa de Cuidados Médicos”, que tem como uma característica a preocupação com o cumprimento das prescrições médicas. Assim, neste grupo de pais, sobressai, mais uma vez, a importância do controlo médico da doença, enquanto estratégia para lidar com a vida familiar, tal como nos diz a conclusão obtida por Pereira e colaboradores (2011) em que quanto maior a compreensão por parte dos pais da situação médica da criança, melhor o controlo metabólico, que é um aspeto essencial na gestão da diabetes. Também de acordo com Anderson e colaboradores (1997, citado por Pereira et al., 2011), os pais mostram um maior envolvimento em tarefas relacionadas com o tratamento da diabetes, como a administração da insulina. No estudo de Cunha (2011), algumas das estratégias mais referidas pelos pais de crianças com diabetes estavam relacionadas com a execução de tarefas, como a monitorização dos sintomas ou a administração de tratamentos, que permitiam aos pais ter o controlo da doença.

Por sua vez, no grupo da asma, o item mais cotado é o 6 (“Acreditar que o meu filho vai melhorar”) que faz igualmente parte do Fator “Relação com a Equipa de Cuidados Médicos”, que também é caracterizado pela crença positiva nos serviços prestados à criança. No entanto, este item não traduz exatamente um comportamento dirigido ao cumprimento das prescrições médicas, mas refere-se mais a uma crença de que o estado da criança vai melhorar. No seu estudo, Cunha (2011) concluiu através das narrativas dos pais que definir a situação de uma maneira positiva e manter a esperança no futuro são estratégias que permitem à família lidar com as exigências da doença. No sentido inverso, o item 37 (“Permitir a mim mesmo(a) zangar-me”) foi o mais cotado como “Nada útil” tanto no grupo da diabetes como no grupo da asma. Isto pode ser justificado pelo facto de muitas vezes os elementos da família sentirem que não podem expressar as suas emoções, pois consideram que é incompatível com a estabilidade da família, levando, assim, a um aumento da ansiedade (Sousa et al., 2007).

Avaliando a relação entre as estratégias de *coping* utilizadas e a resistência familiar, verificou-se que no grupo da diabetes a maior associação é entre a característica de Desafio (Subescala 2 do FHI) e

Manutenção do Suporte Social e da Estabilidade Psicológica (Fator 1 do CHIP), ou seja, os esforços da família para ser inovadora e ativa associam-se a comportamentos que têm como objetivo o estabelecimento de relações com outros e o alívio da pressão psicológica. Este resultado vai ao encontro do estudo de Judge (1998), com uma amostra de famílias de crianças com incapacidades, em que se verificou que a aquisição de suporte social está positivamente associada com as forças de desafio familiar, o que reflete a preferência da família em utilizar recursos tanto internos como externos à família. Por sua vez, no grupo da asma a associação mais elevada é entre a característica Desafio (Subescala 2 FHI) e a Compreensão da Situação Médica da Criança (Fator 5 CHIP), o que sugere que quanto mais esforços os pais desenvolvem para aprenderem mais e serem mais ativos, mais estratégias relacionadas com a troca de experiências com outras pessoas na mesma situação vão utilizar.

Por último, explorou-se o impacto de algumas variáveis sociodemográficas e relativas à doença nos dois grupos, obtendo-se apenas resultados estatisticamente significativos em relação à percepção que os pais têm da gravidade da doença da criança. De referir que, neste estudo, apenas foram consideradas as percepções dos pais em relação à gravidade da doença, e não medidas médicas objetivas, atendendo à literatura que sugere a importância dessa avaliação/percepção parental no processo de adaptação familiar (Davis, 1993 citado por Cunha, 2011). Assim, em relação às estratégias de *coping*, e apenas no grupo da diabetes, foram encontradas diferenças entre as percepções “Muito grave” e “Grave” tanto na Manutenção do Suporte Social e da Estabilidade Psicológica como na Integração Familiar e Definição Otimista da Situação. No entanto, ao contrário dos resultados obtidos neste estudo, Broger e Zeni (2011) não encontraram diferenças significativas entre a percepção dos pais em relação à severidade da doença e as estratégias de *coping* utilizadas. Contudo, é de notar que esse estudo foi efetuado apenas com a figura paterna das crianças, o que pode explicar os resultados contraditórios. No grupo da asma, foram encontradas diferenças nas características de Compromisso e de Desafio, ou seja, a gravidade percebida pelos pais faz com que estes desenvolvam as suas capacidades para trabalhar em conjunto e os seus esforços para serem ativos.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo dos participantes, devendo-se atender, contudo, à diferença existente entre o número de pais, que é significativamente inferior, e o número de mães existentes neste estudo. Talvez por esse motivo este resultado não vai ao encontro do resultado obtido no estudo de Svavarsdottir e Royens (2003), onde se verificaram diferenças entre pais e mães em relação às exigências dos cuidados e às percepções sobre a saúde, ou seja, as mães avaliam as exigências dos cuidados de saúde de forma significativamente mais elevada que os pais e vêem a saúde dos filhos como pior. Também no estudo de Correia (2010) se encontraram diferenças entre mães e pais, relativamente às estratégias de *coping* utilizadas na adaptação à diabetes, demonstrando que as mães de crianças/adolescentes com diabetes apresentam melhores esforços de distanciamento e minimização dos

problemas do que os pais.

Também não se encontraram diferenças significativas em relação à idade dos participantes, apesar de se verificar que no Fator 1 do CHIP (Manutenção do Suporte Social e da Estabilidade Psicológica) existe uma diminuição da média com o aumento da idade, indo ao encontro do estudo de Correia (2010) que verificou que à medida que a idade dos pais aumenta, diminui a procura de suporte informativo e de apoio emocional relacionado com a doença do filho.

Em relação ao impacto da escolaridade e do NSE dos pais nas estratégias de *coping* e na perceção da sua resistência familiar também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. No estudo de Sullivan-Bolyai e colaboradores (2002) também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as estratégias de *coping* e a educação parental.

VI – Conclusão

A presença de uma doença crónica num membro da família, principalmente numa criança, é causadora de um grande impacto na família mas também é capaz de revelar as competências e os recursos que esta possui. Sendo o *coping* um dos principais recursos existentes, é essencial a existência de instrumentos que permitam avaliar as estratégias que as famílias utilizam em situações adversas.

Desta forma, a presente investigação procurou, num primeiro momento, apresentar um estudo de natureza exploratória para adaptar e validar o CHIP para a população portuguesa, obtendo uma estrutura fatorial de cinco fatores, diferente no número de fatores, mas com uma elevada sobreposição na composição de alguns fatores em relação à versão original. No entanto, considera-se que a amostra utilizada é de reduzidas dimensões, principalmente devido ao elevado número de itens que compõem o instrumento (45 itens). Assim, seria importante que, no futuro, este estudo de análise fatorial exploratória fosse replicado com uma amostra maior e se realizassem também estudos de análise fatorial confirmatória e novos estudos de evidência de validade convergente/divergente e de precisão (e.g., estabilidade teste-reteste), de forma a procurar obter resultados que permitam uma generalização mais sólida para a população portuguesa.

O segundo objetivo desta investigação centrou-se no estudo da perceção que os pais tinham sobre as suas estratégias de *coping* e sobre a resistência familiar. Com base nos resultados obtidos pode-se concluir que parece não existir uma diferença muito acentuada entre os dois grupos, o que pode ser concordante com os pressupostos da perspetiva não categorial, que defende que apesar de existirem particularidades inerentes a cada doença, existem aspetos psicossociais comuns às várias doenças (Stein & Jessop, 1992). No entanto, esta conclusão não pode ser afirmada com muita tenacidade, pois o facto de a amostra ser pequena torna-a pouco representativa. Outra limitação relacionada com a amostra deste estudo é o facto de esta ser constituída maioritariamente por mães, o que pode enviesar os resultados. Ainda assim, o facto de o estudo ter incluído alguns pais pode

ser considerado um contributo nesta questão, uma vez que é importante considerar a perspetiva de ambos os pais por haver a tendência de assumirem papéis diferentes na gestão da doença crónica (Knafl et al., 2007).

Nesse sentido, seria importante que futuramente este tipo de estudos comparativos fossem desenvolvidos com uma amostra mais ampla, mais equilibrada quanto ao sexo dos progenitores participantes e talvez com a inclusão de mais doenças com características biológicas e psicossociais mais distintas para explorar se existem diferenças mais acentuadas no processo de adaptação.

Contamos que este estudo tenha contribuído para uma melhor compreensão das estratégias utilizadas e das forças internas que as famílias demonstram no processo de adaptação a uma situação adversa. Esperamos igualmente que os resultados possam trazer implicações práticas, tanto para as famílias que estão a lidar com situações adversas relacionadas com a doença crónica pediátrica poderem ter mais consciência dos seus recursos, como para os serviços que acompanham estas famílias, desde os médicos aos psicólogos, poderem prestar cuidados mais adequados consoante, por exemplo, a gravidade da doença.

Bibliografia

- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Aldridge, M. D. (2008). How do families adjust to having a child with chronic kidney failure? A systematic review. *Nephrology Nursing Journal*, 35 (2), 157-162.
- 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 19th edition* (pp. 1969-1990). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Araújo, A. T. (2011). *Relatório do observatório nacional das doenças respiratórias: Desafios e oportunidades em tempos de crise*. Fundação Portuguesa do Pulmão. Acedido em http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf.
- Azar, R., & Solomon, C. R. (2001). Coping strategies of parents facing child diabetes mellitus. *Journal of Pediatric Nursing*, 16 (6), 418-428.
- Bender, B. G., Annett, R. D., Iklé, D., DuHamel, T. R., Rand, C., & Strunk, R. C. (2000). Relationship between disease and psychological adaptation in children in the childhood asthma management program and their families. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154, 706-713.
- 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.
- Boyer, B. A. (2008). Diabetes. In B. A. Boyer & M. I. Pahlaria (Eds.). *Comprehensive handbook of clinical health psychology* (pp. 179-200). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Broger, B., & Zeni, M. B. (2011). Fathers' coping mechanisms related to parenting a chronically ill child: Implications for advanced practice nurses. *Journal of Pediatric Health Care*, 25 (2), 96-104. doi:10.1016/j.pedhc.2009.09.004.
- Campbell, C. L., & Demi, A. S. (2000). Adult children of fathers missing in action (MIA): An examination of emotional distress, grief, and family hardness. *Family Relations*, 49 (3), 267-276.
- Cardoso, S. M. (2006). Diabetes mellitus em Portugal: Nota epidemiológica. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 3, 39-40.
- Chaney, J. M., & Mullins, L. L. (1997). Transactional patterns of child, mother, and father adjustment in insulin-dependent diabetes mellitus: A prospective study. *Journal of Pediatric Psychology*, 22 (2), 229-244.
- Comissão de Coordenação do Programa Nacional de Controlo da Asma. (2001). *Manual de boas práticas na asma*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em http://www.apa.org.pt/dmddocuments2/manual_de_boas_praticas_na_asma.pdf.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping

- with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 8, 455-480. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108.
- Conn, K., Halterman, J., Fisher, S., Yoos, H., Chin, N., & Szilagy, P. (2005). Parental belief about medications and medication adherence among urban children with asthma. *Ambulatory Pediatrics*, 5 (5), 306-310.
- Correia, A. C. R. (2010). *Coping e auto-eficácia em pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- 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.
- Cunha, A. I., & Relvas, A. P. (2009). Estratégias de coping parental na doença pediátrica: Dados preliminares sobre a utilização do CHIP numa amostra portuguesa. Poster científico apresentado no I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde (Faro, Portugal)
- Eiser, C. (2003). What can we learn from other illnesses? *Journal of Cystic Fibrosis*, 2, 58-60.
- Endler, N. S., Kocovski, N. L., & Macrodimitris, S. D. (2001). Coping, efficacy, and perceived control in acute vs chronic illnesses. *Personality and Individual Differences*, 30 (4), 617-625. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00060-X.
- Federação de Instituições de Apoio a Doentes Crónicos. (2005). *Regulamento: Estatutos – Capitulo 1*. Acedido em <http://fiadc.no.sapo.pt/id2.htm>.
- Gallo, A. M., Knafl, K. A., & Angst, D. B. (2009). Information management in families who have a child with a genetic condition. *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (3), 194-204. doi: 10.1016/j.pedn.2008.07.010.
- Garro, A. (2011). Coping patterns in latino families of children with asthma. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(6), 347-354. doi: 10.1016/j.pedhc.2010.04.005.
- Goldberg, A., & Rickler, K. S. (2011). The role of family caregivers for people with chronic illness. *Medicine & Health*, 94 (2), 41-42.
- Guion, K., & Mrug, S. (2012). The role of parental and adolescent attributions in adjustment of adolescents with chronic illness. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19, 262-269. doi: 10.1007/s10880-011-9288-6.
- Hauenstein, E. J. (1990). The experience of distress in parents of chronically ill children: Potential or likely outcome? *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 356-364. doi:10.1207/s15374424jccp1904_7.
- Hollidge, C. (2001). Psychological adjustment of siblings to a child with diabetes. *Health & Social Work*, 26 (1), 15-25.
- Instituto Nacional de Estatística, I. P., & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa.

- Judge, S. L. (1998). Parental coping strategies and strengths in families of young children with disabilities. *Family Relations*, 47 (3), 263-268.
- Kaugars, A. S., Klinnert, M. D., & Bender, B. G. (2004). Family influences on pediatric asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 29 (7), 475-491. doi: 10.1093/jpepsy/jsh051.
- Klinnert, M. D., Kaugars, A. S., Strand, M., & Silveira, L. (2008). Family psychological factors in relation to children's asthma status and behavioral adjustment at age 4. *Family Process*, 47 (1), 41-61.
- Knafl, K. A., Knafl, G. J., Gallo, A. M., & Angst, D. (2007). Parents' 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.
- Kristofferzon, M., Lindqvist, R., & Nilsson, A. (2011). Relationships between coping, coping resources and quality of life in patients with chronic illness: A pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 476-483. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00851.x.
- Lenney, W. (2009). The aetiology of childhood asthma. *Paediatrics and Child Health*, 19 (6), 257-260. doi:10.1016/j.paed.2009.03.007.
- Leske, J. S., & Jiricka, M. K. (1998). Impact of family demands and family strengths and capabilities on family well-being and adaptation after critical injury. *American Journal of Critical Care*, 7 (5), 383-392.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística – com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- McCubbin, H. I., McCubbin, M. A., Nevin, R., & Cauble, E. (1981). Coping Health Inventory for Parents (CHIP). In H. I. McCubbin, A. I. Thompson, & M. A. McCubbin (1996). *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation – Inventories for research and practice* (pp. 407-453). Madison: University of Wisconsin System.
- McCubbin, H. I., McCubbin, M. A., Patterson, J. M., Cauble, A. E., Wilson, L. R., & Warwick, W. (1983). CHIP – Coping Health Inventory for Parents: An assessment of parental coping patterns in the care of the chronically ill child. *Journal of Marriage and the Family*, 45 (2), 359-370.
- McCubbin, H. I., Thompson, A. I., & McCubbin, M. A. (2001). *Family measures: Stress, coping and resiliency. Inventories for research and practice*. Hawaii: Kamehameha Schools.
- McCubbin, M. A., McCubbin, H. I., & Thompson, A. I. (1986). Family Hardiness Index (FHI). In H. I. McCubbin, A. I. Thompson, & M. A. McCubbin (1996). *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation – Inventories for research and practice* (pp. 239-305). Madison: University of Wisconsin System.
- McQuaid, E. L., & Abramson, N. W. (2009). Pediatric Asthma. In M. C. Roberts & R. G. Steele (Eds.). *Handbook of pediatric psychology* (4th ed., pp. 254-270). New York: The Guilford Press.
- Mitchell, D. K., & McQuaid, E. L. (2008). Asthma. In B. A. Boyers & M. I. Paharia. (Eds.). *Comprehensive handbook of clinical health psychology* (pp. 251-276). New Jersey: John Wiley & Sons.

- Mokkink, L. B., van der Lee, J. H., Grootenhuis, M. A., Offringa, M., & Heymans, H. S. (2008). Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0-18 years of age): National consensus in the Netherlands. *European Journal of Pediatrics*, 167 (12), 1441-1447. doi: 10.1007/s00431-008-0697-y.
- Moyson, T., & Roeyers, H. (2012). "The overall quality of my life as a sibling is all right, but of course, it could always be better". Quality of life of siblings of children with intellectual disability: The siblings' perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56 (1), 87-101. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01393.x.
- Mu, P. (2005). Paternal reactions to a child with epilepsy: uncertainty, coping strategies, and depression. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (4), 367-376.
- Oliveira, C., Araújo, B., & Rodrigues, V. (2012). Famílias de crianças com doença crónica: Perceção de coesão familiar. In Carvalho, J. C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família* (pp. 147-151). Porto: ESEP.
- Pallant, J. (2003). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. Berkshire: Open University Press.
- Patterson, J. M. (2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (3), 233-246. doi: 10.1002/jclp.10019.
- Pereira, M. G., Almeida, A. C., Rocha, L., & Leandro, E. (2011). Predictors of adherence, metabolic control and quality of life in adolescents with type 1 diabetes. In C. Liu (Ed.). *Type 1 diabetes - complications, pathogenesis, and alternative treatments* (pp. 119-140). Shanghai: InTech.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais : A complementaridade do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Quittner, A. L., Opiari, L. C., Regoli, M. J., Orenstein, D. M., Holligsworth, J. L., & Eigen, H. (1996). Development of the role-play inventory of situations and coping strategies for parents of children with cystic fibrosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21 (2), 209-235.
- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. (2010). *Diabetes: Factos e números*. Acedido em http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RelatorioAnualDiabetes_2010.pdf.
- Rewers, M., Pihoker, C., Donaghue, K., Hanas, R., Swift, P., & Klingensmith, G. J. (2009). Assessment and monitoring of glycemic control in children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 10 (12), 71-81. doi: 10.1111/j.1399-5448.2009.00582.x.
- Rodrigues, N., & Patterson, J. M. (2007). Impact of severity of a child's chronic condition on the functioning of two-parent families. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (4), 417-426.
- Rolland, J. S. (1988). Family systems and chronic illness: A typological model. In F. Walsh & C. M. Anderson (Eds.). *Chronic disorders and the family* (pp. 143-168). New York: The Haworth Press.
- Rolland, J. S. (1994). *Families, illness, and disability. An integrative treatment model*. New York: Basic Books.

- Santos, M. (2010). *Vivência parental da doença crónica: Estudo sobre a experiência subjectiva da doença em mães de crianças com fibrose quística e com diabetes*. Lisboa: Colibri.
- Santos, S. V. (1998). A família da criança com doença crónica: Abordagem de algumas características. *Análise Psicológica*, 1 (16), 65-75.
- Sharpe, L., & Curran, L. (2005). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*, 62, 1153-1166.
- Simões, M. M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR)*. (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Sousa, L., Mendes, A., & Relvas, A. P. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica: Apoio das unidades de saúde a doentes crónicos idosos e suas famílias*. Lisboa: Climepsi.
- Spagnola, M., & Fiese, B. (2010). Preschoolers with asthma: Narratives of family functioning predict behavior problems. *Family Process*, 49 (1), 74-91. doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01309.x.
- Stein, E. P. (1999). Chronic illness: The child and the family. *Current Paediatrics*, 9, 177-181. doi:10.1054/cupe.2000.0141
- Stein, R. K., & Jessop, D. J. (1982). A noncategorical approach to chronic childhood illness. *Public Health Reports*, 97 (4), 354-362.
- Sullivan-Bolyai, S., Deatrack, 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.
- Svavarsdóttir, E. K., & Rayens, M. K. (2003). American and Icelandic parents' perceptions of the health status of their young children with chronic asthma. *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (4), 351-358.
- Tansella, C. Z. (1995). Psychosocial factors and chronic illness in childhood. *European Psychiatry*, 10 (6), 297-305. doi: 10.1016/0924-9338(96)80311-7.
- Taylor, V., Fuggle, P., & Charman, T. (2001). Well sibling psychological adjustment to chronic physical disorder in a sibling: How important is maternal awareness of their illness attitudes and perceptions? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (7), 953-962.
- Uccelli, M. M., Traversa, S., Trojano, M., Viterbo, R. G., Ghezzi, A., & Signori, A. (2013). Lack of information about multiple sclerosis in children can impact parents' sense of competency and satisfaction within the couple. *Journal of the Neurological Sciences*, 324, 100-105. doi: 10.1016/j.jns.2012.10.010.
- 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.
- Wallander, J. L., & Varni, J. W. (1998). Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (1), 29-46.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience*. New York: The Guilford

Press.

- Weiss, J. A., & Lunsky, Y. (2011). The brief family distress scale: A measure of crisis in caregivers of individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 521-528. doi: 10.1007/s10826-010-9419-y.
- Wood, B. L., Lim, J., Miller, B. D., Cheah, P. A., Simmens, S., Stern, T., Waxmonsky, J., & Ballow, M. (2007). Family emotional climate, depression, emotional triggering of asthma, and disease severity in pediatric asthma: Examination of pathways of effect. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (5), 542-551.

Anexos

- Anexo A – Folha de Consentimento Informado dos Participantes
- Anexo B – Questionário Sociodemográfico
- Anexo C – *Coping Health Inventory for Parents*
- Anexo D – *Family Hardiness Index*
- Anexo E – Estudos Coeficiente Alfa de Cronbach: FHI Original vs. FHI com a Amostra do Presente Estudo
- Anexo F – Frequência das Respostas aos Itens do CHIP Cotados como Não Aplicáveis
- Anexo G – Matriz Inicial Não Rodada com 14 Fatores
- Anexo H – *Scree-plot*
- Anexo I – Correlação Item-total Corrigida e Coeficiente Alfa com Eliminação do Item dos Fatores do CHIP
- Anexo J – Frequência das Respostas aos Itens do CHIP por Grupo
- Anexo K – Impacto das variáveis sociodemográficas e relativas à doença nos resultados do CHIP e do FHI

Anexo A
Folha de Consentimento Informado dos Participantes

Consultar separata da tese

Anexo B
Questionário Sociodemográfico

Consultar separata da tese

Anexo C
Coping Health Inventory for Parents

Consultar separata da tese

Anexo D
Family Hardiness Index

Consultar separata da tese

Anexo E

Estudos Coeficiente Alfa de Cronbach: FHI original vs. FHI com a amostra do presente estudo

Tabela E1**Coeficiente Alfa de Cronbach: FHI Original vs. FHI com a Amostra do Presente Estudo**

	FHI original	FHI amostra do presente estudo
Total	.82	.71
Subescala I	.81	.64
Subescala II	.80	.53
Subescala III	.65	.52

Tabela E2**Correlação Item-total Corrigida e Coeficiente Alfa com Eliminação do Item – FHI Total**

FHI Total	Correlação item-total corrigida	Coeficiente de alfa com eliminação do item
1	-,226	,753
2	,272	,704
3	,375	,694
4	-,042	,733
5	,419	,691
6	,404	,697
7	,398	,695
8	,342	,697
9	,323	,702
10	,470	,685
11	,358	,698
12	,164	,712
13	,228	,707
14	,300	,701
15	,319	,701
16	,388	,693
17	,194	,710
18	,465	,691
19	,327	,699
20	,411	,689

Coeficiente alfa de Cronbach = .714

Tabela E3**Correlação Item-total Corrigida e Coeficiente Alfa com Eliminação do Item – Subescala I
FHI**

FHI Subescala I	Correlação item-total corrigida	Coeficiente de alfa com eliminação do item
4	,121	,676
5	,456	,573
6	,372	,605
7	,406	,592
8	,119	,690
9	,545	,571
11	,446	,583
18	,475	,579

Coeficiente alfa de Cronbach = .641

Tabela E4**Correlação Item-total Corrigida e Coeficiente Alfa com Eliminação do Item – Subescala II
FHI**

FHI Subescala II	Correlação item-total corrigida	Coeficiente de alfa com eliminação do item
12	,272	,481
13	,274	,478
14	,120	,566
15	,501	,376
16	,249	,494
17	,301	,467

Coeficiente alfa de Cronbach = .525

Tabela E5**Correlação Item-total Corrigida e Coeficiente Alfa com Eliminação do Item – Subescala III
FHI**

FHI Subescala III	Correlação item-total corrigida	Coeficiente de alfa com eliminação do item
1	-,125	,635
2	,190	,512
3	,480	,362
10	,350	,437
19	,363	,420
20	,407	,395

Coeficiente alfa de Cronbach = .519

Anexo F

Frequência das Respostas aos Itens do CHIP Cotados como Não Aplicáveis

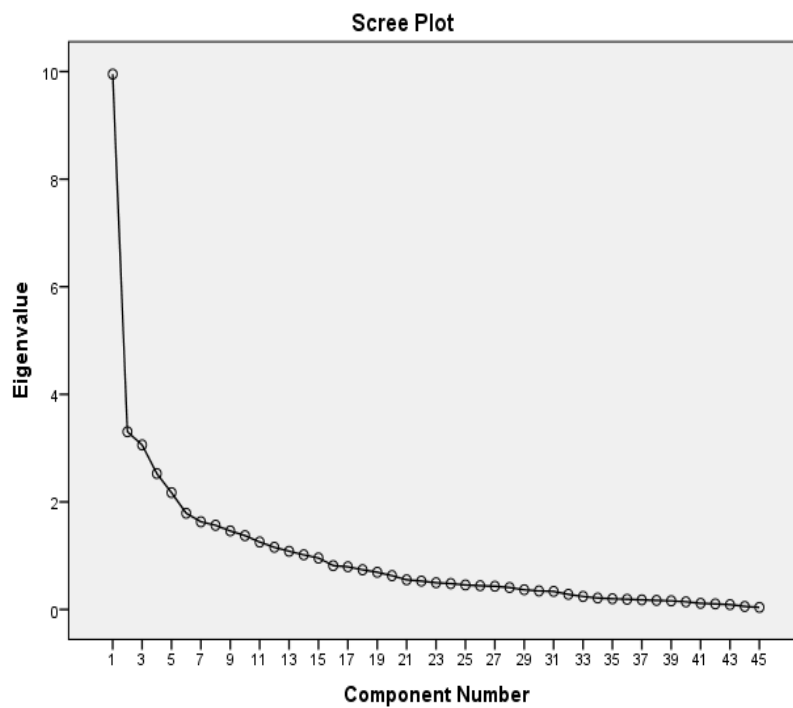
Tabela F1

Frequência das Respostas aos Itens do CHIP Cotados como Não Aplicáveis

Item CHIP	Opção "Decidi não fazê-lo"		Opção "Não é possível"	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1	-	-	5	100.0
2	6	66.7	3	33.3
3	-	-	3	100.0
4	2	66.7	1	33.3
5	-	-	-	-
6	1	100.0	-	-
7	3	100.0	-	-
8	3	75.0	1	25.0
9	5	71.4	2	28.6
10	-	-	-	-
11	4	66.7	2	33.3
12	3	100.0	-	-
13	5	45.5	6	54.6
14	3	33.3	6	66.7
15	-	-	-	-
16	-	-	-	-
17	2	100.0	-	-
18	3	100.0	-	-
19	2	100.0	-	-
20	-	-	1	100.0
21	1	50.0	1	50.0
22	1	50.0	1	50.0
23	-	-	-	-
24	2	66.7	1	33.3
25	3	100.0	-	-
26	1	50.0	1	50.0
27	1	50.0	1	50.0
28	2	100.0	-	-
29	4	44.4	5	55.6
30	5	83.3	1	16.7
31	-	-	-	-
32	2	66.7	1	33.3
33	5	83.3	1	16.7
34	2	22.2	7	77.8
35	-	-	-	-
36	1	20.0	4	80.0
37	4	80.0	1	20.0
38	1	100.0	-	-
39	4	80.0	1	20.0
40	2	100.0	-	-
41	1	100.0	-	-
42	3	75.0	1	25.0
43	-	-	1	100.0
44	2	66.7	1	33.3
45	1	100.0	-	-

Anexo G
Matriz Inicial Não Rodada com 14 Fatores

Itens	Componentes													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
45	.715				-.312									
28	.634			-.316										
32	.630											.333		
21	.606												-.304	
14	.591													
27	.586				-.338					.407				
19	.575							-.305		-.307				
26	.573													
29	.560	-.372												
41	.556				-.439									
33	.553		-.338											
17	.535			.362			-.353				-.358			
35	.533		.340											
25	.527			.301		.314								
4	.508			-.319						.307				
34	.498	.306	-.450											
12	.491	-.317	.343						.345					
9	.486											.397		
31	.483					.441							-.334	
22	.483				.357									
6	.483		.357			-.412								
24	.477		-.395							-.358				
39	.462				-.338									
7	.454						.335					-.306		
8	.449			.324	-.304						-.337			
44	.439					-.402		.345	-.310					
38	.434							-.371			.301			
43	.429		.357											-.386
18	.424								.411					
40	.391				-.388	.379	.307							
1		.853												
3		.844												
36	.405	.634												
15	.416		.563		.304									
16	.364		.551											
5	.324		.478				.423						-.337	
23	.352		.468											
10	.302			.670										
20				.587										
42				-.448		.372		.337		.310				
37	.401			-.407			-.339	.304						
2	.355			.391				.381						
30	.366			.302	.401			-.319						-.351
11	.380						.426							
13	.339						.338	.313		-.417				
<i>Eigenvalues</i>	9.95	3.30	3.06	2.53	2.17	1.79	1.63	1.57	1.46	1.37	1.25	1.16	1.08	102
% var. expl.	22.12	7.34	6.80	5.62	4.83	3.98	3.62	3.48	3.25	3.05	2.79	2.57	2.41	2.26
% variância explicada CHIP Total = 74.10														

Anexo H
Scree-plot

Anexo I**Correlação Item-total Corrigida e Coeficiente Alfa com Eliminação do Item dos Fatores do CHIP****Tabela I1****Correlação Item-total Corrigida e Coeficiente Alfa com Eliminação do Item do Fator 1 do CHIP**

Fator 1	Correlação item-total corrigida	Coeficiente de alfa com eliminação do item
4	.511	.837
7	.447	.841
9	.499	.837
12	.452	.840
13	.293	.849
14	.576	.833
17	.461	.840
19	.501	.839
22	.542	.835
24	.386	.843
27	.480	.840
29	.552	.834
32	.632	.832
33	.539	.835
37	.386	.845
42	.342	.846

Coeficiente alfa de Cronbach = .848

Tabela I2**Correlação Item-total Corrigida e Coeficiente Alfa com Eliminação do Item do Fator 2 do CHIP**

Fator 2	Correlação item-total corrigida	Coeficiente de alfa com eliminação do item
8	.372	.812
18	.355	.812
21	.461	.803
25	.459	.803
26	.511	.799
28	.501	.799
31	.451	.804
38	.445	.804
39	.491	.802
40	.426	.805
41	.576	.797
44	.348	.812
45	.676	.791

Coeficiente alfa de Cronbach = .816

Tabela I3**Correlação Item-total Corrigida e Coeficiente Alfa com Eliminação do Item do Fator 3 do CHIP**

Fator 3	Correlação item-total corrigida	Coeficiente de alfa com eliminação do item
5	.424	.742
6	.386	.754
15	.560	.716
16	.611	.704
23	.515	.724
35	.535	.720
43	.391	.755

Coeficiente alfa de Cronbach = .760

Tabela I4**Correlação Item-total Corrigida e Coeficiente Alfa com Eliminação do Item do Fator 4 do CHIP**

Fator 4	Correlação item-total corrigida	Coeficiente de alfa com eliminação do item
1	.771	.755
3	.716	.783
34	.533	.865
36	.702	.786

Coeficiente alfa de Cronbach = .841

Tabela I5**Correlação Item-total Corrigida e Coeficiente Alfa com Eliminação do Item do Fator 5 do CHIP**

Fator 5	Correlação item-total corrigida	Coeficiente de alfa com eliminação do item
2	.258	.616
10	.443	.523
11	.339	.576
20	.580	.477
30	.306	.590

Coeficiente alfa de Cronbach = .611

Anexo J

Frequência das Respostas aos Itens do CHIP por Grupo

CHIP	Respostas	Diabetes		Asma	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1	Nada útil	2	4.7	3	7.9
	Minimamente útil	1	2.3	1	2.6
	Útil	13	30.2	7	18.4
	Extremamente útil	27	62.8	27	71.1
	Decidi não fazê-lo	-	-	-	-
	Não lido desta forma porque: Não é possível	2	100.0	3	100.0
2	Nada útil	5	11.6	6	15.8
	Minimamente útil	2	4.7	2	5.3
	Útil	22	51.2	19	50.0
	Extremamente útil	14	32.6	11	28.9
	Decidi não fazê-lo	3	75.0	3	60.0
	Não lido desta forma porque: Não é possível	1	25.0	2	40.0
3	Nada útil	3	7.3	2	5.3
	Minimamente útil	12	29.3	-	-
	Útil	12	29.3	10	26.3
	Extremamente útil	14	34.1	26	68.4
	Decidi não fazê-lo	-	-	-	-
	Não lido desta forma porque: Não é possível	1	100.0	2	100.0
4	Nada útil	3	7.7	8	21.1
	Minimamente útil	3	7.7	1	2.6
	Útil	23	59.0	16	42.1
	Extremamente útil	10	25.6	13	34.2
	Decidi não fazê-lo	-	-	2	100.0
	Não lido desta forma porque: Não é possível	1	100.0	-	-
5	Nada útil	-	-	-	-
	Minimamente útil	-	-	1	2.6
	Útil	10	23.3	17	44.7
	Extremamente útil	33	76.7	20	52.6
	Decidi não fazê-lo	-	-	-	-
	Não lido desta forma porque: Não é possível	-	-	-	-
6	Nada útil	2	4.7	-	-
	Minimamente útil	1	2.3	2	5.3
	Útil	13	30.2	8	21.1
	Extremamente útil	27	62.8	28	73.7
	Decidi não fazê-lo	1	100.0	-	-
	Não lido desta forma porque: Não é possível	-	-	-	-
7	Nada útil	5	11.6	7	18.9
	Minimamente útil	2	4.7	4	10.8
	Útil	19	44.2	15	40.5
	Extremamente útil	17	39.5	11	29.7
	Decidi não fazê-lo	2	100.0	1	100.0
	Não lido desta forma porque: Não é possível	-	-	-	-
8	Nada útil	4	9.3	3	8.1
	Minimamente útil	6	14.0	2	5.4
	Útil	20	46.5	15	40.5
	Extremamente útil	13	30.2	17	45.9

	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	2	66.7	1	100.0
		Não é possível	1	33.3	-	-
9		Nada útil	14	32.6	11	28.9
		Minimamente útil	9	20.9	8	21.1
		Útil	15	34.9	14	36.8
		Extremamente útil	5	11.6	5	13.2
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	2	66.7	3	75.0
		Não é possível	1	33.3	1	25.0
10		Nada útil	1	2.3	1	2.6
		Minimamente útil	1	2.3	5	13.2
		Útil	18	41.9	18	47.4
		Extremamente útil	23	53.5	14	36.8
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	-	-	-	-
		Não é possível	-	-	-	-
11		Nada útil	3	7.0	4	10.8
		Minimamente útil	3	7.0	2	5.4
		Útil	14	32.6	16	43.2
		Extremamente útil	23	53.5	15	40.5
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	1	50.0	3	75.0
		Não é possível	1	50.0	1	25.0
12		Nada útil	5	12.2	7	18.4
		Minimamente útil	7	17.1	4	10.5
		Útil	12	29.3	16	42.1
		Extremamente útil	17	41.5	11	28.9
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	1	100.0	2	100.0
		Não é possível	-	-	-	-
13		Nada útil	10	23.3	8	21.1
		Minimamente útil	9	20.9	7	18.4
		Útil	15	34.9	19	50.0
		Extremamente útil	9	20.9	4	10.5
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	2	40.0	3	50.0
		Não é possível	3	60.0	3	50.0
14		Nada útil	4	9.5	8	21.1
		Minimamente útil	3	7.1	3	7.9
		Útil	22	52.4	18	47.4
		Extremamente útil	13	31.0	9	23.7
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	-	-	3	50.0
		Não é possível	3	100.0	3	50.0
15		Nada útil	-	-	-	-
		Minimamente útil	-	-	1	2.6
		Útil	12	27.9	14	36.8
		Extremamente útil	31	72.1	23	60.5
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	-	-	-	-
		Não é possível	-	-	-	-
16		Nada útil	-	-	-	-
		Minimamente útil	-	-	1	2.6
		Útil	12	27.9	19	50.0
		Extremamente útil	31	72.1	18	47.4
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	-	-	-	-
		Não é possível	-	-	-	-
17		Nada útil	2	4.7	1	2.6

		Minimamente útil	-	-	3	7.9
		Útil	17	39.5	23	60.5
		Extremamente útil	24	55.8	11	28.9
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	1	100.0	1	100.0
		Não é possível	-	-	-	-
18		Nada útil	1	2.3	4	10.5
		Minimamente útil	4	9.3	3	7.9
		Útil	13	30.2	19	50.0
		Extremamente útil	25	58.1	12	31.6
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	-	-	3	100.0
		Não é possível	-	-	-	-
19		Nada útil	1	2.3	2	5.4
		Minimamente útil	-	-	1	2.7
		Útil	20	46.5	25	67.6
		Extremamente útil	22	51.2	9	24.3
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	-	-	2	100.0
		Não é possível	-	-	-	-
20		Nada útil	-	-	1	2.6
		Minimamente útil	1	2.3	2	5.3
		Útil	15	34.9	18	47.4
		Extremamente útil	27	62.8	17	44.7
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	-	-	-	-
		Não é possível	-	-	1	100.0
21		Nada útil	1	2.3	1	2.7
		Minimamente útil	-	-	4	10.8
		Útil	16	37.2	19	51.4
		Extremamente útil	26	60.5	13	35.1
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	-	-	1	100.0
		Não é possível	1	100.0	-	-
22		Nada útil	3	7.0	4	10.5
		Minimamente útil	6	14.0	7	18.4
		Útil	22	51.2	24	63.2
		Extremamente útil	12	27.9	3	7.9
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	-	-	1	100.0
		Não é possível	1	100.0	-	-
23		Nada útil	-	-	-	-
		Minimamente útil	-	-	1	2.6
		Útil	12	27.9	13	34.2
		Extremamente útil	31	72.1	24	63.2
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	-	-	-	-
		Não é possível	-	-	-	-
24		Nada útil	2	4.8	1	2.6
		Minimamente útil	5	11.9	6	15.8
		Útil	21	50.0	21	55.3
		Extremamente útil	14	33.3	10	26.3
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	1	50.0	1	100.0
		Não é possível	1	50.0	-	-
25		Nada útil	3	7.0	1	2.6
		Minimamente útil	4	9.3	3	7.9
		Útil	21	48.8	23	60.5
		Extremamente útil	15	34.9	11	28.9
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	2	100.0	1	100.0

		Não é possível	-	-	-	-
26		Nada útil	2	4.7	1	2.6
		Minimamente útil	5	11.6	1	2.6
		Útil	25	58.1	31	81.6
		Extremamente útil	11	25.6	5	13.2
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	-	-	1	100.0
		Não é possível	1	100.0	-	-
27		Nada útil	3	7.0	1	2.6
		Minimamente útil	2	4.7	1	2.6
		Útil	17	39.5	24	63.2
		Extremamente útil	21	48.8	12	31.6
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	-	-	1	100.0
		Não é possível	1	100.0	-	-
28		Nada útil	2	4.7	1	2.6
		Minimamente útil	2	4.7	2	5.3
		Útil	17	39.5	23	60.5
		Extremamente útil	22	51.2	12	31.6
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	1	100.0	1	100.0
		Não é possível	-	-	-	-
29		Nada útil	7	16.3	6	15.8
		Minimamente útil	7	16.3	6	15.8
		Útil	14	32.6	16	42.1
		Extremamente útil	15	34.9	10	26.3
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	1	16.7	3	100.0
		Não é possível	5	83.3	-	-
30		Nada útil	2	4.7	6	15.8
		Minimamente útil	7	16.3	13	34.2
		Útil	20	46.5	14	36.8
		Extremamente útil	14	32.6	5	13.2
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	1	100.0	4	80.0
		Não é possível	-	-	1	20.0
31		Nada útil	1	2.3	-	-
		Minimamente útil	-	-	1	2.6
		Útil	13	30.2	21	55.3
		Extremamente útil	29	67.4	16	42.1
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	-	-	-	-
		Não é possível	-	-	-	-
32		Nada útil	1	2.4	3	7.9
		Minimamente útil	6	14.3	10	26.3
		Útil	21	50.0	16	42.1
		Extremamente útil	14	33.3	9	23.7
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	-	-	2	100.0
		Não é possível	1	100.0	-	-
33		Nada útil	6	14.0	4	10.5
		Minimamente útil	8	18.6	9	23.7
		Útil	22	51.2	19	50.0
		Extremamente útil	7	16.3	6	15.8
	Não lido desta forma porque:	Decidi não fazê-lo	3	75.0	2	100.0
		Não é possível	1	25.0	-	-
34		Nada útil	6	14.0	6	15.8
		Minimamente útil	4	9.3	3	7.9

	Útil	22	51.2	20	52.6
	Extremamente útil	11	25.6	9	23.7
	Decidi não fazê-lo	1	20.0	1	25.0
	Não é possível	4	80.0	3	75.0
35	Nada útil	-	-	-	-
	Minimamente útil	1	2.3	-	-
	Útil	9	20.9	13	34.2
	Extremamente útil	33	76.7	25	65.8
	Decidi não fazê-lo	-	-	-	-
	Não é possível	-	-	-	-
36	Nada útil	3	7.1	3	7.9
	Minimamente útil	-	-	1	2.6
	Útil	9	21.4	13	34.2
	Extremamente útil	30	71.4	21	55.3
	Decidi não fazê-lo	-	-	1	33.3
	Não é possível	2	100.0	2	66.7
37	Nada útil	16	38.1	14	37.8
	Minimamente útil	10	23.8	11	29.7
	Útil	12	28.6	10	27.0
	Extremamente útil	4	9.5	2	5.4
	Decidi não fazê-lo	3	100.0	1	50.0
	Não é possível	-	-	1	50.0
38	Nada útil	-	-	2	5.3
	Minimamente útil	2	4.8	4	10.5
	Útil	17	40.5	15	39.5
	Extremamente útil	23	54.8	17	44.7
	Decidi não fazê-lo	-	-	1	100.0
	Não é possível	-	-	-	-
39	Nada útil	8	18.6	4	10.5
	Minimamente útil	5	11.6	12	31.6
	Útil	20	46.5	13	34.2
	Extremamente útil	10	23.3	9	23.7
	Decidi não fazê-lo	3	75.0	1	100.0
	Não é possível	1	25.0	-	-
40	Nada útil	2	4.7	1	2.6
	Minimamente útil	1	2.3	3	7.9
	Útil	19	44.2	20	52.6
	Extremamente útil	21	48.8	14	36.8
	Decidi não fazê-lo	1	100.0	1	100.0
	Não é possível	-	-	-	-
41	Nada útil	-	-	1	2.6
	Minimamente útil	-	-	1	2.6
	Útil	11	25.6	13	34.2
	Extremamente útil	32	74.4	23	60.5
	Decidi não fazê-lo	-	-	1	100.0
	Não é possível	-	-	-	-
42	Nada útil	14	32.6	10	26.3
	Minimamente útil	12	27.9	9	23.7
	Útil	12	27.9	15	39.5
	Extremamente útil	5	11.6	4	10.5
	Decidi não fazê-lo	2	100.0	1	50.0
	Não é possível	-	-	1	50.0

43	Nada útil	-	-	2	5.3
	Minimamente útil	2	4.7	-	-
	Útil	13	30.2	19	50.0
	Extremamente útil	28	65.1	17	44.7
	Decidi não fazê-lo	-	-	-	-
Não lido desta forma porque:	Não é possível	-	-	1	100.0
44	Nada útil	4	9.5	-	-
	Minimamente útil	4	9.5	1	2.6
	Útil	9	21.4	17	44.7
	Extremamente útil	25	59.5	20	52.6
	Decidi não fazê-lo	2	66.7	-	-
Não lido desta forma porque:	Não é possível	1	33.3	-	-
45	Nada útil	-	-	1	2.6
	Minimamente útil	-	-	1	2.6
	Útil	11	25.6	12	31.6
	Extremamente útil	32	74.4	24	63.2
	Decidi não fazê-lo	-	-	1	100.0
Não lido desta forma porque:	Não é possível	-	-	-	-

Anexo K

Impacto das variáveis sociodemográficas e relativas à doença nos resultados do CHIP e do FHI

Tabela K1**Impacto do sexo dos participantes nos resultados do CHIP e do FHI**

Diabetes						
Sexo	Feminino		Masculino		t	p
	M	DP	M	DP		
Subescala 1 FHI	19.56	2.73	20.70	3.09	-1.077	.289
Subescala 2 FHI	14.48	2.12	14.27	3.17	0.244	.809
Subescala 3 FHI	11.00	3.44	11.54	2.30	-0.512	.612
Fator 1 CHIP	31.67	8.09	29.82	6.79	0.667	.509
Fator 2 CHIP	30.52	4.90	31.00	4.49	-0.294	.770
Fator 3 CHIP	18.97	2.09	18.38	2.50	0.790	.434
Fator 4 CHIP	9.38	2.58	10.08	1.66	-0.892	.378
Fator 5 CHIP	11.70	2.00	11.08	3.01	0.801	.428
Asma						
Sexo	Feminino		Masculino		t	p
	M	DP	M	DP		
Subescala 1 FHI	19.25	2.93	19.71	3.20	-0.369	.715
Subescala 2 FHI	15.04	1.69	14.43	3.78	0.415	.691
Subescala 3 FHI	11.50	2.96	12.50	3.59	-0.804	.427
Fator 1 CHIP	28.32	10.07	25.13	7.62	0.829	.413
Fator 2 CHIP	29.21	7.04	27.75	3.45	0.565	.576
Fator 3 CHIP	17.97	2.50	17.25	4.23	0.458	.659
Fator 4 CHIP	9.03	3.10	10.38	1.41	-1.182	.245
Fator 5 CHIP	10.28	2.63	9.13	3.72	1.000	.324

Tabela K2**Impacto da idade dos participantes nos resultados do CHIP e do FHI**

Diabetes								
Idade	25-34		35-44		45-54		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Subescala 1 FHI	20.00	1.87	20.00	2.85	18.00	5.66	0.454	.639
Subescala 2 FHI	15.57	1.40	14.10	2.54	15.00	2.65	1.164	.324
Subescala 3 FHI	10.63	2.45	11.37	3.40	10.67	1.53	0.214	.808
Fator 1 CHIP	31.50	10.65	31.24	7.56	29.33	2.52	0.087	.917
Fator 2 CHIP	31.13	5.67	30.77	4.74	28.33	.58	0.397	.675
Fator 3 CHIP	19.63	1.69	18.74	2.37	17.50	1.29	1.276	.290
Fator 4 CHIP	10.13	2.95	9.53	2.27	9.00	1.83	0.334	.718
Fator 5 CHIP	12.00	2.27	11.35	2.50	11.75	.96	0.257	.775
Asma								
Idade	25-34		35-44		45-54		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Subescala 1 FHI	18.76	3.25	20.00	2.45	19.33	3.79	0.691	.509
Subescala 2 FHI	14.40	2.87	15.44	1.59	14.75	.96	0.866	.430
Subescala 3 FHI	12.12	3.35	10.93	2.66	13.00	3.46	0.971	.389
Fator 1 CHIP	25.00	7.10	29.56	11.08	30.25	11.76	1.084	.350
Fator 2 CHIP	29.33	3.60	27.73	8.82	32.00	6.00	0.629	.540
Fator 3 CHIP	17.94	2.44	17.63	3.56	18.00	2.45	0.058	.944
Fator 4 CHIP	8.89	1.37	8.56	4.05	9.75	1.89	0.955	.395
Fator 5 CHIP	9.94	2.88	9.88	3.05	11.33	2.52	0.325	.725

Tabela K3**Impacto da escolaridade dos participantes nos resultados do CHIP e do FHI**

Diabetes												
Escola ridade	1ºCiclo		2ºCiclo		3ºCiclo		Secundário		Superior		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Subescala 1 FHI	18.50	6.36	22.33	.58	20.11	2.21	19.50	3.12	19.67	2.78	0.737	.574
Subescala 2 FHI	14.75	3.20	15.00	.71	14.11	1.90	15.08	2.33	13.33	3.16	0.814	.525
Subescala 3 FHI	10.25	4.92	9.50	2.43	11.00	2.49	12.55	3.59	11.22	2.54	1.078	.382
Fator 1 CHIP	25.33	8.15	26.83	8.95	30.80	7.80	33.10	7.46	34.11	5.88	1.471	.233
Fator 2 CHIP	28.00	5.35	29.83	5.95	29.64	3.56	33.91	4.74	29.67	3.97	2.093	.102
Fator 3 CHIP	18.25	3.59	18.83	3.06	18.82	1.47	19.23	1.74	18.33	2.65	0.266	.898
Fator 4 CHIP	8.50	2.38	10.50	1.98	10.09	.83	9.50	3.03	9.00	2.83	0.697	.599
Fator 5 CHIP	11.25	2.63	11.17	2.48	12.27	1.85	11.77	2.17	10.56	2.96	0.736	.573

Asma												
Escolaridade	1ºCiclo		2ºCiclo		3ºCiclo		Secundário		Superior		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Subescala 1 FHI	20.50	2.12	21.50	1.00	19.15	3.05	18.60	3.34	19.17	3.06	0.773	.551
Subescala 2 FHI	14.00	1.41	15.25	2.50	15.38	2.02	14.30	2.98	15.00	1.10	0.424	.790
Subescala 3 FHI	8.50	2.12	10.00	3.08	11.46	2.93	12.60	2.99	13.33	3.08	1.694	.177
Fator 1 CHIP	27.50	2.12	27.00	8.92	28.77	7.69	26.20	8.36	28.00	17.37	0.098	.982
Fator 2 CHIP	28.50	4.95	32.60	2.30	30.08	3.86	27.60	3.84	25.50	13.44	1.064	.391
Fator 3 CHIP	16.50	6.36	17.40	4.98	17.80	2.51	18.00	2.26	18.33	2.42	0.171	.952
Fator 4 CHIP	9.00	4.24	10.40	1.14	10.00	1.56	9.40	2.01	6.67	5.57	1.832	.146
Fator 5 CHIP	10.50	2.12	11.20	1.48	10.93	2.17	8.90	3.32	8.67	4.08	1.326	.281

Tabela K4

Impacto do NSE dos participantes nos resultados do CHIP e do FHI

Diabetes								
NSE	Baixo		Médio		Elevado		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Subescala 1 FHI	20.08	2.66	19.95	2.94	16.00	-	0.972	.389
Subescala 2 FHI	14.89	2.00	14.14	2.71	12.00	-	0.986	.383
Subescala 3 FHI	10.95	3.12	11.65	2.98	6.00	-	1.736	.190
Fator 1 CHIP	28.13	7.78	32.95	6.97	41.00	-	2.903	.068
Fator 2 CHIP	29.83	4.95	31.23	4.65	33.00	-	0.543	.586
Fator 3 CHIP	18.65	2.23	18.82	2.24	21.00	-	0.530	.593
Fator 4 CHIP	9.50	1.85	9.90	2.61	5.00	-	2.264	.117
Fator 5 CHIP	11.55	2.06	11.41	2.63	13.00	-	0.219	.804

Asma								
NSE	Baixo		Médio		Elevado		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Subescala 1 FHI	19.40	3.44	19.71	2.39	17.00	3.00	1.091	.348
Subescala 2 FHI	14.38	2.75	15.50	1.59	14.67	1.16	1.070	.355
Subescala 3 FHI	10.63	3.16	12.53	2.76	13.00	3.61	1.951	.158
Fator 1 CHIP	26.59	7.71	20.00	11.77	26.00	7.94	0.295	.746
Fator 2 CHIP	29.82	3.97	28.56	8.15	25.33	8.08	0.652	.528
Fator 3 CHIP	17.17	3.60	18.65	1.94	17.00	2.00	1.294	.287
Fator 4 CHIP	9.72	1.84	9.18	3.03	7.67	6.66	0.685	.511
Fator 5 CHIP	10.12	2.91	10.00	3.14	9.67	1.53	0.031	.970

Tabela K5

Impacto da idade da criança aquando do diagnóstico nos resultados do CHIP e do FHI

Diabetes										
Idade Diagnóstico	0-2		3-5		6-10		11-17		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Subescala 1 FHI	19.92	2.60	19.77	3.31	20.75	.96	-	-	0.230	.796
Subescala 2 FHI	14.29	2.73	14.38	2.42	15.00	1.58	-	-	0.162	.851
Subescala 3 FHI	12.00	2.58	10.81	3.71	10.71	1.70	-	-	0.670	.518
Fator 1 CHIP	32.67	7.79	30.50	7.94	30.25	7.65	-	-	0.339	.714
Fator 2 CHIP	32.23	5.07	30.55	4.94	28.38	2.67	-	-	1.714	.194
Fator 3 CHIP	18.93	1.73	18.86	2.52	18.38	2.33	-	-	0.171	.843
Fator 4 CHIP	9.93	1.77	9.40	2.70	9.50	2.45	-	-	0.210	.811
Fator 5 CHIP	11.64	2.93	11.57	2.14	11.13	1.89	-	-	0.133	.876

Asma										
Idade Diagnóstico	0-2		3-5		6-10		11-17		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Subescala 1 FHI	18.57	3.46	19.77	2.52	19.00	2.83	21.67	1.16	1.066	.378
Subescala 2 FHI	14.27	2.82	14.85	1.35	16.25	1.26	16.67	1.53	1.651	.198
Subescala 3 FHI	12.00	2.93	11.92	3.38	11.40	2.61	10.00	4.36	0.368	.777
Fator 1 CHIP	26.00	6.40	25.14	10.42	35.00	13.59	37.33	4.73	2.584	.070
Fator 2 CHIP	29.38	3.88	26.08	8.89	31.40	6.03	33.33	1.53	1.620	.204
Fator 3 CHIP	18.38	2.50	17.00	2.54	18.00	1.92	17.00	6.93	0.831	.486
Fator 4 CHIP	9.75	1.77	9.07	3.22	7.40	4.62	11.33	1.16	1.446	.247
Fator 5 CHIP	10.06	3.04	10.38	1.85	9.00	4.95	10.00	2.65	0.262	.852