

**UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS EM MÃES DE CRIANÇAS COM  
FIBROSE QUÍSTICA E COM DIABETES**

**Teresa Luísa Cardoso Marques**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica da  
Saúde e da Doença)**

**2010**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS EM MÃES DE CRIANÇAS COM  
FIBROSE QUÍSTICA E COM DIABETES**

**Teresa Luísa Cardoso Marques**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Luísa Barros**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica da  
Saúde e da Doença)**

**2010**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Professora Doutora Luísa Barros pela oportunidade que me deu em trabalhar esta temática, pela disponibilidade e pelas preciosas orientações que tornaram a elaboração desta tese um trabalho estimulante e enriquecedor.

À Professora Doutora Margarida Santos pela permanente presença e disponibilidade em responder às minhas questões.

À minha família e aos meus amigos por todo o apoio e compreensão. Um agradecimento especial à minha mãe, ao meu irmão, ao Paulo, ao João e ao Tomás.

## RESUMO

Apesar das preocupações que envolvem as dificuldades acrescidas que os pais de crianças com doença crónica assumem, poucos são as investigações que se dedicaram ao estudo das estratégias de resolução de problemas. Esta investigação teve como objectivo principal o estudo das estratégias de resolução de problemas educacionais e de desenvolvimento relatadas pelas mães de crianças com doença crónica pediátrica, nomeadamente mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes. Segue uma perspectiva exploratória e qualitativa, e uma orientação construtivista-desenvolvimentista.

A amostra é constituída por 58 mães de crianças com doença crónica (fibrose quística e diabetes). As patologias foram escolhidas tendo em consideração o seu carácter crónico, mas também as suas diferenças relativamente à evolução, prognóstico e tratamento. A metodologia utilizada para a recolha das significações maternas foi a entrevista semi-estruturada e a metodologia utilizada para a análise das mesmas foi a análise de conteúdo.

Os resultados evidenciam que diferentes tipos de problemas são resolvidos de diferentes formas. As problemáticas que desencadeiam maiores níveis de stress são em geral resolvidas através de estratégias menos flexíveis e diferenciadas. Não se postula, contudo, que a capacidade de resolução de problemas esteja diminuída, uma vez que as estratégias utilizadas devem ser analisadas à luz das exigências impostas pela doença. Foram, ainda, encontradas diferenças quando comparados os grupos de mães, verificando-se, em mães de crianças com fibrose quística a utilização de estratégias mais concretas e menos diferenciadas.

**Palavras-chave:** estratégias parentais de resolução de problemas, doença crónica na criança, psicologia pediátrica.

## **ABSTRACT**

Despite concerns regarding the burdens taken by parents of children suffering from chronic illness, there is limited data on their parental problem-solving strategies. This study aims to examine the strategies used to solve educational and development problems, which were referred by the mothers of children suffering from chronic illness, such as cystic fibroses or diabetes. It follows a qualitative and exploratory perspective, and takes on both, a constructivist and developmental approach.

Participants were 60 mothers of children suffering from chronic illness (cystic fibrosis and diabetes). The diseases were not only chosen according to their chronic characteristics, but also taking in account their differences regarding clinical evolution, prognostic and treatment. The data collection of the maternal significations was made using a semi-structured interview methodology and it was analyzed using the content analysis.

Results show that different types of problems were solved in different ways. Problems prone to cause higher stress levels, are generally handled with stricter and less differentiated strategies. This doesn't mean that the problem-solving ability is reduced/limited, since the strategies used must be examined in light of the requirements imposed by the disease. Differences were also found when comparing groups of mothers. Particularly, mothers of children suffering from cystic fibrosis, tended to use more concrete and less differentiated strategies to handle the problems they were faced with.

**Keywords:** parental problem-solving strategies, childhood chronic illness, pediatric psychology.

## ÍNDICE

1	ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	1
1.1	CARACTERIZAÇÃO DAS DOENÇAS EM ESTUDO.....	1
1.1.1	A Fibrose Quística.....	1
1.1.2	A Diabetes .....	2
1.1.3	Os critérios de escolhas das patologias .....	4
1.2	A CAPACIDADE PARENTAL DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS.....	4
1.2.1	Definição do Conceito de Resolução de Problemas Sociais .....	6
1.2.2	Estudos relevantes .....	8
1.3	AS SIGNIFICAÇÕES PARENTAIS E A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	13
1.3.1	Modelo Construtivista Desenvolvimentista de Significações Parentais em Psicologia Pediátrica de Barros (1999) .....	14
2	OBJECTIVOS E METODOLOGIA.....	20
2.1	O DESENHO DA INVESTIGAÇÃO.....	20
2.1.1	Objectivo geral .....	20
2.1.2	Questões de investigação .....	20
2.2	METODOLOGIA .....	21
2.2.1	Estudo Qualitativo e Exploratório/Descritivo .....	21
2.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	22
2.3.1	População .....	22
2.3.2	Opções e critérios de selecção da amostra .....	22
2.3.3	Caracterização dos grupos constituintes da amostra .....	23
2.4	PROCEDIMENTOS .....	25
2.4.1	Instrumentos de recolha de dados .....	25
2.4.2	Procedimentos de recolha de dados .....	26
2.4.3	Procedimentos de análise de dados .....	27
3	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	30

4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES .....	52
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	63
6	BIBLIOGRAFIA.....	65

## **ANEXOS**

**Anexo II** – Identificação de problemas – lista de problemas; cartões – CD-R

**Anexo II** - Identificação de problemas – placas – CD-R

**Anexo III** - Categorias obtidas através da análise de conteúdo – descrições – CD-R

**Anexo IV** – Quadro resumo da análise de conteúdo – CD-R

**Anexo V** - Análise de conteúdo – mães de crianças com fibrose quística – CD-R

**Anexo VI** - Análise de conteúdo – mães de crianças com fibrose quística – CD-R

## ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

### Quadros

- Quadro 1** - Caracterização das variáveis demográficas dos grupos G1 (mães de crianças com fibrose quística) e G2 (mães de crianças com diabetes) ..... 24
- Quadro 2** - Média aritmética e desvio padrão, valores máximo e mínimo do número de soluções gerado por ambos os grupos de mães quanto à eficácia auto-avaliada..... 50
- Quadro 3** - Média aritmética e desvio padrão, valores máximo e mínimo do número de soluções gerado por ambos os grupos de mães para os 4 principais problemas identificados. .... 50
- Quadro 4** – Média aritmética e desvio padrão, valores máximo e mínimo do número de soluções gerado por ambos os grupos de mães por problema. .... 51

### Gráficos

- Gráfico 1** – Identificação de exemplos de problemas resolvido de forma eficaz ou não eficaz – G1 ..... 30
- Gráfico 2** - Identificação de exemplos de problemas resolvido de forma eficaz ou não eficaz – G2..... 31
- Gráfico 3** - Principais estratégias utilizadas na resolução do problema birra – G1 ..... 35
- Gráfico 4** - Principais estratégias utilizadas na resolução do problema birra – G2..... 36
- Gráfico 5** - Principais estratégias utilizadas na resolução do problema birra – Comparação entre os dois grupos ..... 37
- Gráfico 6** - Principais estratégias utilizadas relativamente a problema alimentares – G1 ..... 39
- Gráfico 7** - Principais estratégias utilizadas relativamente a problemas alimentares – G2 ..... 40

<b>Gráfico 8</b> - Principais estratégias utilizadas relativamente a problemas alimentares – Comparação entre os dois grupos.....	42
<b>Gráfico 9</b> - Principais estratégias utilizadas relativamente a problema de ansiedade em relação aos procedimentos – G1.....	44
<b>Gráfico 10</b> - Principais estratégias utilizadas relativamente a problema de ansiedade em relação à doença – G2.....	46
<b>Gráfico 11</b> - Principais estratégias utilizadas - Comparação entre os dois grupos.....	48

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
ANFQ	Associação Nacional de Fibrose Quística
CFTR	<i>Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator</i>
FQ	Fibrose quística
FTT	<i>Failure to thrive</i>
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
O.M.S	Organização Mundial de Saúde

---

## 1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A presente investigação tem como objectivo geral estudar, de uma perspectiva exploratória e qualitativa, as estratégias de resolução de problemas educacionais e de desenvolvimento relatadas por mães de crianças com doença crónica pediátrica, nomeadamente mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes.

Enquadra-se no âmbito de um estudo mais vasto<sup>1</sup>, que tem como principal finalidade contribuir para o conhecimento da vivência parental da doença crónica. Constitui, como já referi, um estudo exploratório e qualitativo, seguindo ainda uma orientação construtivista-desenvolvimentista.

As doenças em estudo foram escolhidas tendo em conta o seu carácter crónico, mas também as suas diferenças em relação à evolução, prognóstico e tratamento.

### 1.1 CARACTERIZAÇÃO DAS DOENÇAS EM ESTUDO

#### 1.1.1 A Fibrose Quística

A fibrose quística (FQ) resulta de uma mutação genética autossómica recessiva de um gene no cromossoma 7 que codifica a proteína *cystic fibrosis transmembrane conductance regulator* (CFTR) (Marah, 2010). Esta doença afecta múltiplos órgãos através da alteração da produção de secreções de muco das glândulas exócrinas, sendo que as principais alterações se verificam ao nível gastrointestinal, pulmonar e endócrino (Santos M. , 2007). É uma patologia crónica, hereditária e sem cura. Verificou-se, no entanto, nos últimos 50 anos, uma evolução significativa no tratamento desta patologia, que fez com que, actualmente, a sobrevivência e a qualidade de vida de uma criança com FQ não sejam comparáveis ao que foram no passado. A esperança média de vida é hoje superior a 37 anos, o dobro do que era há 25 anos (Torpy, Lynn, & Glass, 2009).

A incidência é variável de país para país. Estima-se que a nível mundial existam 7 milhões de pessoas portadoras desta anomalia genética e cerca de 60.000 com a doença. Para além disso, a FQ tem uma incidência na população de origem europeia de 1 em cada 2.000 – 3.000 nascimentos por ano (WHO, 2002). Segundo a Associação Nacional de Fibrose Quística (ANFQ) (2005) calcula-se que, em Portugal, existam cerca de 250 doentes diagnosticados, dos quais 41,5 % têm idades até 10 anos, 35 % entre 10 e 20

---

<sup>1</sup> Tese de Doutoramento de Margarida Custódio dos Santos intitulada “Vivência subjectiva da doença em mães de crianças com fibrose quística e com diabetes”. Universidade de Lisboa, 2007.

anos e 23,5 % com idades superiores a 20 anos. Apesar de ser predominante na raça caucasiana, esta patologia afecta todos os grupos étnicos (WHO, 2002).

Os sintomas podem variar, em cada caso, mas os mais comuns são: tosse crónica, respiração agitada, infecções respiratórias e pneumonias; dificuldade em ganhar peso; pólipos nasais e alargamento das pontas dos dedos das mãos e dos pés; movimentos intestinais anormais (evacuações abundantes, frequentes e com mau cheiro); sabor muito salgado na pele (o teor de sal, cloreto de sódio, no suor é 4 a 5 vezes maior que o normal) (Rosenstein, 2010).

Uma vez que a concentração de cloreto de sódio nos pacientes de FQ está alterada devido ao funcionamento anormal das glândulas sudoríparas, o teste mais utilizado na detecção desta doença é a “prova do suor”, que avalia a quantidade de cloreto de sódio. Os portadores do gene da FQ podem também ser identificados com um teste genético (Torpy, Lynn, & Glass, 2009).

Os tratamentos utilizados na FQ são específico para cada problema ou sintoma causado pela doença. Nos problemas de pulmões e nas infecções podem ser utilizados tratamentos de cinesioterapia respiratória, antibioterapia, broncodilatadores, oxigenoterapia e ventilação Um estado nutricional adequado nos doentes que sofrem desta doença é essencial. A dieta deve fornecer calorias e proteínas suficientes para um crescimento normal (ANFQ, 2005). Geralmente é necessária a administração de enzimas pancreáticas como complemento e, devido à pobre absorção intestinal, que pode determinar uma avitaminose, é também prescrita a toma de suplementos vitamínicos (Torpy, Lynn, & Glass, 2009).

Em resumo, os objectivos terapêuticos são o da melhoria ou diminuição do declínio da função pulmonar, o assegurar de uma nutrição adequada, melhorar a qualidade de vida do doente com FQ e, a termo, a cura do defeito proteico/genético subjacente (ANFQ, 2005).

### **1.1.2 A Diabetes**

A diabetes mellitus é uma doença crónica que decorre da incapacidade do pâncreas produzir insulina em quantidade suficiente ou da incapacidade das células em usarem a insulina produzida. A insulina é uma hormona que regula os níveis de açúcar no sangue. Hiperglicemia é um efeito comum da diabetes que não está controlada e, ao longo do tempo, pode causar sérios danos em diversos sistemas orgânicos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (O.M.S) (WHO, 2009) existem três tipos principais de diabetes:

- *Diabetes Tipo 1* (também denominada por diabetes mellitus dependentes de insulina) - que se caracteriza por uma deficiência na produção de insulina e requer a administração diária de insulina.
- *Diabetes Tipo 2* (também designada por diabetes não insulino-dependentes) - resulta da incapacidade em utilizar a insulina produzida pelo pâncreas.
- *Diabetes Gestacional* – trata-se de uma intolerância à glucose, com diversos graus de gravidade, que surge ou é descoberta durante a gravidez.

Uma vez que o presente estudo trata de pais com crianças com diabetes Tipo 1, a exposição que se segue focar-se-á somente nesta forma da doença.

A diabetes Tipo 1 é uma das doenças crónicas mais comum em crianças (Dorman, McCarthy, O’Leary, & Koehler, 1995). Estima-se que anualmente 76,000 crianças com menos de 15 anos desenvolvam diabetes Tipo 1 em todo o mundo. Das 480,000 crianças que se estima que tenham diabetes Tipo 1, 24% estão sinalizados na Região do Sudeste Asiático. Na Região Europeia, onde as estimativas de incidência são mais fiáveis, a diabetes tipo 1 representa 23% (Unwin, Whiting, Gan, Jacqmain, & Ghyoot, 2009). Segundo a International Diabetes Federation estima-se que esta doença cresça, por ano cerca de 3% no grupo de crianças e adolescentes (Unwin, Whiting, Gan, Jacqmain, & Ghyoot, 2009).

Os sintomas mais comuns incluem um aumento do volume urinário (poliúria), podendo ou não ser acompanhado de um aumento da frequência urinária, uma sensação de sede excessiva (polidipsia), fome constante, perda de peso, sensação de cansaço e visão turva (Unwin, Whiting, Gan, Jacqmain, & Ghyoot, 2009).

A diabetes pode ser detectada com uma simples análise de sangue. Nessas análises será encontrado um aumento na quantidade de açúcar no sangue (hiperglicemia) e vestígios na urina (glicosúria) (WHO, 2009).

O tratamento da diabetes incide na diminuição dos níveis de glucose no sangue. As intervenções praticadas envolvem uma monitorização e um controlo dos níveis de glucose que, em pessoas com diabetes Tipo 1, requer a utilização de insulina. Estas

medidas devem ser acompanhadas de uma dieta equilibrada, actividade física regular e a manutenção do peso corporal normal (WHO, 2009).

Em resumo, nas crianças com este tipo de diabetes, o objectivo principal é combinar uma dieta saudável com as necessidades de insulina, para que se assegure um crescimento e desenvolvimento normal (Fertig, Simmons, & Martin, 1995).

### **1.1.3 Os critérios de escolhas das patologias**

A escolha das patologias, anteriormente descritas, foi feita tendo em conta as suas semelhanças, mas, igualmente, as suas diferenças. Relativamente às principais semelhanças, Santos (2007), aponta as seguintes: (a) são ambas doenças crónicas que afectam um número elevado de crianças e famílias e (b) ambas obrigam a tratamentos complexos, em que se conjugam a administração de fármacos e outros procedimentos específicos, que são igualmente desagradáveis e perturbadores do dia-a-dia da criança e da família. Quanto às diferenças, a mesma autora, refere como principais diferenças: (a) a diabetes é uma patologia muito menos previsível e estável do que a fibrose quística; (b) ao contrário da diabetes a fibrose quística é uma doença degenerativa, ou seja, acarreta a progressiva disfuncionalidade de órgãos; (c) a etiologia da fibrose é bem conhecida, é genética, e, por isso, objectiva e a etiologia da diabetes é bastante mais complexa, multi-determinada e de difícil identificação para cada caso; (d) a fibrose quística é, na maior parte dos casos, diagnosticada no momento do nascimento ou nos primeiros anos de vida e a diabetes é uma patologia adquirida e pode ser diagnosticada durante a toda a infância e, por fim, (e) a fibrose quística é uma doença que, ainda hoje, implica uma redução dramática da esperança de vida da criança e a diabetes, embora podendo causar a morte, não acarreta, necessariamente, a diminuição de esperança de vida.

## **1.2 A CAPACIDADE PARENTAL DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS**

Uma gestão familiar eficaz exige a resolução de crises que surgem constantemente na família (Patterson, 1982), o que faz da capacidade parental de resolução de problemas um aspecto potencialmente importante da parentalidade (Robinson, Drotar, & Boutry, 2001).

A responsabilidade de educar, estimular a criança e criar ambientes propícios ao seu bem-estar e desenvolvimento, é comum a todos os pais (Santos, 2007). Contudo,

aos pais de crianças com doença crónica são-lhes também atribuídas responsabilidades acrescidas, uma vez que lhes é, geralmente, conferido um papel crucial na gestão da rotina diária destas patologias. Barros (2003), enfatiza a responsabilidade que os pais têm no tratamento da criança e afirma que “face à prescrição de tratamentos e às recomendações de atitudes educativas, os pais são sempre «resolvedores de problemas», a quem cabe tomar a decisão de cumprir, ignorar ou adaptar os conselhos dos profissionais”.

Dando como exemplo específico a gestão da nutrição que se estende às duas condições, sabemos que conseguir alimentar e promover um status nutricional e um crescimento positivo numa criança é uma tarefa difícil até para pais de crianças que não sofrem de doença crónica (Kedesdy & Budd, 1998). Mas para estas duas condições onde a alimentação é uma tarefa crítica de gestão da doença, a tarefa alimentar torna-se ainda mais complexa (Janicke, Mitchell, & Stark, 2005; Allen, Tennen, McGrade, Affleck, & Ratzan, 1983).

Para além das tarefas acrescidas, o impacto que a doença crónica infantil tem na família é incomensurável e nenhuma lista de potenciais stressores lhe poderia fazer justiça. De entre os mais comumente descritos pelas famílias estão as adaptações necessárias para conseguir conjugar as exigências da doença e do tratamento, lidar com as incertezas relativamente ao futuro bem-estar e com a ideia de eventual morte antecipada do filho, bem como lidar com as limitações emocionais, académicas e ocupacionais da criança, tensões/limitações financeiras, mudança de papéis e de rotinas, quebras de comunicação com a família, amigos, vizinhos e a falta de tempo de lazer (Holroyd & Guthrie, 1986; Sokol e tal., 1996 cit. por Barakat & Kazak, 1999).

Apesar dos elevados níveis de stress que estas famílias experienciam, tem-se verificado que são extremamente competentes na sua adaptação (Barakat & Kazak, 1999). Contudo como afirma Santos (2007), a doença da criança, não deixa de ser “uma situação «anormal» motivo de sofrimento e de sobrecarga de responsabilidades e tarefas parentais”.

Considerando que a doença crónica se afigura como uma condição “especial” de parentalidade, surge o interesse de perceber e conhecer a capacidade parental de resolução de problemas no caso de pais de uma criança com doença crónica. Alguns estudos neste campo suportam a ideia de que a gestão e adaptação ideal à doença crónica pode ser facilitada por estas competências (e.g., Kucia et al., 1979 cit. por Fehrenbach & Peterson, 1989) e que tais competências têm um papel mediador sobre o

stress desencadeado por este tipo de doença (e.g., Drotar, 1981; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986; Hanson, Henggeler, & Burghen, 1987 cit. por Fehrenbach & Peterson, 1989).

É ainda importante mencionar que a literatura tem extrapolado sobre a forma como a estrutura familiar e os factores externos de stress podem influenciar a capacidade parental de resolução de problemas e, por conseguinte, a própria adaptação à doença crónica (Drotar, Crawford, & Ganofsky, 1984 cit. por Fehrenbach & Peterson, 1989). Desta forma, pretende-se neste estudo conhecer as diferenças entre as estratégias parentais mais utilizadas na resolução de problemas de saúde e educacionais por mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes, e analisar as semelhanças e diferenças entre estes dois grupos.

### **1.2.1 Definição do Conceito de Resolução de Problemas Sociais**

Ao longo da história da Psicologia têm sido múltiplas as teorizações sobre o modo como as pessoas resolvem os problemas que enfrentam no quotidiano, quer sejam problemas mais concretos e objectivos como a sobrevivência e as tarefas do quotidiano, quer sejam problemas mais interpessoais ou emocionais. Uma das mais conhecidas e que mais foi estudada na área da parentalidade e da saúde é a definição e resolução de problemas sociais proposta por D'Zurilla & Goldfried (1971).

A resolução de problemas sociais ou interpessoais (*social problem-solving*) pode ser definida como o processo cognitivo-comportamental auto-dirigido, pelo qual a pessoa tenta identificar ou descobrir uma solução eficaz ou adaptativa para um problema específico que encontra na vivência do dia-a-dia (D'Zurilla & Nezu, 2006). O processo de resolução de problemas definido por estes autores integra cinco grandes componentes: orientação para o problema, definição e formulação do problema, concepção de soluções alternativas, tomada de decisão e implementação e avaliação da solução. Não se postula que as pessoas resolvem sempre os problemas segundo esta estratégia racional, mas que esta é uma forma adequada quando se pretende resolver problemas que colocam especiais dificuldades ou sofrimento.

A *orientação para o problema*, o primeiro componente do processo de resolução de problemas, reflecte um conjunto geral de respostas que os indivíduos usam para compreender e reagir a situações percebidas como stressantes ou realmente stressantes. Esta orientação serve como um processo motivacional que pode ter ou um efeito

generalizado inibidor ou facilitador nas quatro restantes tarefas de resolução de problemas (Nezu, Nezu, & Perri, 1988). A *definição e formulação do problema* tem como funções: (a) reunir a informação importante e factual sobre o problema, (b) clarificar a natureza do problema (i.e. identificar exigências, obstáculos, e/ou conflitos) e (c) definir um objectivo real para a resolução de problemas. A *concepção de soluções alternativas* tem como objectivo produzir uma lista de possíveis soluções de forma a maximizar a probabilidade de encontrar a melhor solução. Na *tomada de decisão* o objectivo é a avaliação das soluções disponíveis e a escolha da(s) melhor(es) a ser implementada relativamente à situação problemática. Por fim, a função da *implementação e avaliação da solução* é analisar o resultado da solução e verificar a eficácia ou a utilidade da solução escolhida na situação problemática (D'Zurilla & Nezu, 2006).

A *definição e formulação do problema*, componente do processo de resolução de problemas sociais acima referida, pode ser considerado o componente mais importante dentro do processo, porém, o mais difícil e complexo (D'Zurilla & Nezu, 1982 cit. por Nezu, Nezu & Perri, 1988). Raramente um problema está claramente definido e delineado. Muitas vezes o indivíduo terá que procurar informação adicional sobre situações problemáticas vagas e complexas. A clarificação da natureza do problema é considerada por Nezu, Nezu e Perri (1988) o processo mais difícil de conduzir ou levar a cabo. É durante este processo que o indivíduo irá utilizar a informação anteriormente recolhida de forma a conceptualizar o porquê de uma certa situação ser considerada um problema. Essencialmente, durante esta fase o indivíduo terá que identificar o que é que causa uma discrepância entre as exigências da situação e a disponibilidade de uma resposta eficaz ou eficiente.

Segundo os mesmos autores é facilitador classificar as situações problemáticas da seguinte forma:

- a) *Presença de estímulos aversivos*. Situações problemáticas aversivas implicam a presença (ou ameaça) de várias consequências negativas ou estímulos punitivos.
- b) *Perda de reforço*. Este tipo de situações stressantes implica a diminuição ou a perda efectiva ou esperada de reforço positivo no ambiente circundante ou das circunstâncias de vida.

- c) *Presença de obstáculos*. Existência de obstáculos que obstam o indivíduo de atingir os seus objectivos.
- d) *Presença de conflito*. Os aspectos conflituosos de uma situação problemática podem ser interpessoais ou intrapessoais na sua natureza. Os problemas interpessoais envolvem diferenças nos interesses ou expectativas entre duas ou mais pessoas de entre os vários tipos de relacionamentos. Os conflitos intrapessoais envolvem diferenças nas exigências ou objectivos do estímulo que provêm ou do ambiente ou de dentro da pessoa.

Os problemas podem, ainda, variar no seu grau de familiaridade, magnitude, severidade, complexidade e profundidade (Nezu, Nezu, & Perri, 1988).

### **1.2.2 Estudos relevantes**

Apesar de não ser uma área de investigação vasta, existem alguns estudos que recaem nas competências e estratégias parentais de resolução de problemas. Estes estudos incidem em campos como a negligência parental, os maus-tratos, a adesão a tratamentos pediátricos, a emocionalidade negativa, etc.

Demonstrou-se, por exemplo, que são diversos os factores que podem afectar a forma como os pais resolvem problemas relacionados com o cuidado de uma criança e, ainda, a forma como avaliam as suas competências parentais e de resolução de problemas (Cantor & Kihlstrom, 1987 cit. por Pridham & Chang, 1992). Alguns exemplos de factores/condições podem incluir a idade materna, o nível de educação, a experiência anterior com crianças, o envolvimento com o emprego e o apoio recebido no dia-a-dia. (Pridham & Chang, 1992).

Todavia, Pridham, Denney, Pascoe, Chiu e Creasey (1995), verificaram que o processo específico de resolução de problemas empregue (clarificação do problema, planeamento contingente e tomada de perspectiva) contribui mais para a quantidade e a qualidade de soluções geradas por mães do que condições maternais como a experiência parental, a educação, a capacidade verbal e a capacidade geral de resolver problemas.

A influência das emoções negativas na capacidade parental de resolução de problemas tem sido alvo de atenção. Foi, por exemplo, demonstrado que as emoções negativas (e.g. *distress*) perturbam a capacidade de resolução de problemas dos pais e a sua capacidade para raciocinar de forma clara sobre conflitos relacionados com a

educação dos seus filhos (Emmerich, 1969 e Maccoby, 1980 cit. por Robinson, Drotar, & Boutry, 2001). Posteriormente, Vasta (1982 cit. por Dix, 1991) postulou que fortes emoções negativas debilitam a “parental rational response guidance, leaving subsequent responding under more emotional reflexive control” (pp.137-138).

De forma consistente, também se tem verificado que mães que experienciam grandes níveis de stress diário têm desempenhos mais pobres nas tarefas de resolução de problemas familiares do que mães que experienciam níveis de stress diário baixos (Patterson, 1982). E, ainda, que mães com elevados níveis de irritabilidade têm maior dificuldade em definir os problemas familiares, propõem soluções mais pobres e têm maior probabilidade de deixar os conflitos por resolver (Forgatch & Wieder, 1982 cit. por Patterson, 1982). O foco da investigação tem incidido sobretudo nas emoções negativas, sendo que as emoções positivas não têm sido muito estudadas. Contudo, pesquisas fora do domínio da capacidade parental de resolução de problemas sugerem que as emoções positivas podem de facto facilitar esta competência (Blechman, 1990; Isen, 1987 cit. por Dix, 1991).

Num estudo comparativo entre pais maltratantes e não maltratantes, Hansen e colaboradores (1989) verificaram que os primeiros apresentam deficits nas suas capacidades de resolução de problemas. Apesar de estes autores terem encontrado muitas semelhanças nos relatos parentais de ambos os grupos relativamente aos problemas comportamentais das crianças, os pais maltratantes exibiram uma capacidade de resolução de problemas diminuída. A maior diferença encontrada entre pais maltratantes e não maltratantes remete para o número de soluções geradas. Os autores concluíram que estes resultados eram indicativos de que os pais maltratantes eram menos criativos e tinham menos capacidade de fazer um “brainstorming” de soluções, o que limita a sua capacidade de conceber a solução mais eficaz (Hansen, Pallotta, Tishelman, Conaway, & MacMillan, 1989).

O mesmo já tinha sido sugerido por Azar, Robinson, Hekimian, & Twentyman (1984) que através de um inventário de resolução de problemas compararam mães maltratantes e não maltratantes e demonstraram que as primeiras apresentam uma capacidade de resolução de problemas significativamente diminuída. Mais especificamente, os autores demonstraram que mães maltratantes são capazes de gerar algumas soluções, mas em menor número e com menos diversidade.

Como seria previsível, existem estudos que demonstram que os deficits na capacidade parental de resolução de problemas estão associados a uma parentalidade

anómala (Azar, Robinson, Hekimian, & Twentyman, 1984) e estudos que comprovam que maiores competências parentais de resolução de problemas estão associadas a uma maior eficácia parental geral (Wahler & Dumas, 1983 cit. por Robinson, Drotar, & Boutry, 2001).

Estreitando a área de investigação às competências parentais de resolução de problemas em pais de crianças doentes, é ainda importante referir os estudos de Iobst e colaboradores (2009), Sahler e colaboradores (2005), Fehrenbach & Peterson (1989) e Robinson, Drotar, Boutry (2001).

Iobst e colaboradores (2009) examinaram as competências de resolução de problemas e a afectividade negativa de mães solteiras e mães casadas (ou a viver maritalmente) posteriormente ao diagnóstico de cancro de um filho. A afectividade negativa e as competências parentais de resolução de problemas foram avaliadas em 464 mães e os resultados mostraram que a competência de resolução de problemas de mães solteiras não difere significativamente quando comparada com as das mães casadas. Observaram, contudo, que estas usam mais estratégias de resolução de problemas negativas e menos positivas. Os autores verificaram ainda que mães com mais competências de resolução de problemas positivas relatavam melhor humor e menos sintomas de stress pós-traumático. Os resultados deste estudo levaram os autores a concluir que a afectividade negativa e as competências de resolução de problemas são semelhantes em mães solteiras e casadas posteriormente ao diagnóstico de cancro de um filho (Iobst, et al., 2009).

Ainda dentro da temática do cancro e partindo da premissa de que mães de crianças com cancro experienciam uma perturbação significativa associado ao diagnóstico e tratamento dos seus filhos, Sahler e colaboradores (2005) investigaram a eficácia do “problem-solving training” (PSST). PSST é uma intervenção cognitivo-comportamental baseada no modelo de D’Zurilla e Nezu de resolução de problemas sociais. Apuraram que em comparação com as mães do grupo de controlo, as mães submetidas ao PSST aumentaram significativamente as suas capacidades de resolução de problemas e diminuíram a sua afectividade negativa. Verificaram, ainda, uma correlação negativa significativa entre uma orientação de resolução de problemas positiva e sintomas depressivos e de ansiedade.

Num estudo que envolveu a participação de 30 pais de crianças com fenilcetonúria, Fehrenbach & Peterson (1989) avaliaram o papel das competências parentais de resolução de problemas e das variáveis estrutura familiar e stress diário, no

cumprimento da dieta de crianças com esta patologia. Os pais destas crianças foram separados em dois grupos distintos: um de pais de crianças classificadas como tendo um bom controlo dietético e o outro de pais de crianças classificadas como tendo um controlo dietético pobre. Os pais de crianças com bom controlo dietético geraram soluções de maior qualidade que os pais de crianças com controlo dietético pobre. Um resultado adicional demonstra que, sob stress, a qualidade de soluções geradas por ambos os grupos de pais diminuiu, embora os pais de crianças com um bom controlo continuassem a evidenciar melhores competências de resolução de problemas. Os autores enfatizam a importância que os resultados deste estudo têm no entendimento da adesão ao tratamento (*compliance*) especificamente em crianças com fenilcetonúria, e com doença crónica no geral, enfatizando o papel da resolução de problemas (Fehrenbach & Peterson, 1989).

Robinson, Drotar, Boutry (2001) compararam as capacidades maternas de resolução de problemas de um grupo de mães de crianças com “*failure to thrive*” (FTT) e um grupo de mães de crianças saudáveis e com um crescimento normal. Os resultados deste estudo indicaram que mães de crianças com esta patologia apresentam pobres capacidades de resolução de problemas em 4 dimensões diferentes: (a) no número total de soluções; (b) no número total de soluções enumeradas; (c) no número total de tipos de soluções e (d) na qualidade geral da resolução de problemas. Os autores concluem que problemas relacionados com a educação de um filho são agravados nas mães de crianças com FTT devido ao seu repertório de respostas parentais ser restrito e de baixa qualidade.

Contudo, os autores assinalam que o estudo não determinou se os deficits observados nas capacidades de resolução de problemas destas mães são causa ou consequência da FTT. Os autores interpretaram o facto de as mães de crianças saudáveis gerarem mais estratégias como um indicador da maior quantidade de interacção positiva mãe-filho. Em termos desenvolvimentistas estas interacções são vistas como sendo mais coincidentes com as necessidades da criança e foram avaliadas como tendo maior probabilidade de resultar em desfechos positivos.

Estes resultados conduziram os autores à formulação de duas conclusões plausíveis. Sugerem que competências maternas de resolução de problemas deficitárias podem contribuir para a FTT por interferirem directamente com a qualidade da educação, alimentação e consumo de calorias (Drotar, 1991 cit. por Robinson, Drotar, & Boutry, 2001). Por outro lado, sugerem que os deficits encontrados em mães de crianças

com FTT podem também comprometer a qualidade da gestão parental da patologia. Fazendo uso do modelo de processamento de competência parental de Belsky (1984) os autores concluem, por fim, que os deficits nas competências parentais de resolução de problemas encontrados nas mães de crianças como esta patologia, podem resultar da sobrecarga relacionada com o cuidado de uma criança com FTT e de deficits comportamentais associados (e.g. irritabilidade).

Por fim, importa referir alguns estudos que abordam as estratégias parentais de resolução de problemas educativos, propriamente ditas.

Em geral a literatura refere que se observa em pais de crianças com doença crónica (a) uma maior sobreprotecção no sentido de vigilância e rigidez nas normas e atitudes educativas e (b) uma maior sobreprotecção no sentido de maior tolerância e indulgência de comportamentos inadequados (Santos, 2007).

O estudo de Carey, Nicholson e Fox (2002), comparou mães de crianças saudáveis com mães de crianças com cardiopatia congénita quanto às práticas educativas. A análise quantitativa dos resultados não demonstrou diferenças significativas entre os dois grupos de mães. Contudo, a análise qualitativa evidenciou níveis de maior, e mais estrita, vigilância, por parte das mães de crianças com cardiopatia congénita, relativamente ao comportamento dos filhos e ao seu estado de saúde.

Também, com o objectivo de estudar as práticas educativas em pais de crianças com doença crónica, Ievers, Drotar, Dahms, Doershuk e Stern (1994) comparam mães de crianças com fibrose quística, com diabetes insulino-dependentes e crianças saudáveis. Estes autores verificaram que as mães de crianças com doença crónica apresentam uma probabilidade significativamente reduzida de usar estratégias de “estabelecimento de limites” quando comparadas com mães de crianças saudáveis. Isto é mais significativo para as normas do dia-a-dia (e.g. “como estar sentado num carro”) onde os autores verificaram que os pais de crianças com doença crónica são mais premissivos.

Estudos recentes não têm observado diferenças significativas entre as práticas educativas de pais de crianças com e sem doença crónica (Ievers & Drotar, 1996, cit. por Santos, 2007). Quando são encontradas diferenças estas estão em geral associadas a factores específicos, como por exemplo as fases agudas da doença (Gerhardt, et al., 2003).

### 1.3 AS SIGNIFICAÇÕES PARENTAIS E A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Como referido na introdução, o presente estudo segue uma orientação construtivista-desenvolvimentista e tem como modelo teórico de referência o Modelo Construtivista Desenvolvimentista de Significações Parentais em Psicologia Pediátrica de Barros (1999).

A cognição parental tem sido foco de interesse nas últimas três décadas (Barros & Santos, 2006). Segundo a abordagem construtivista - desenvolvimentista as significações parentais são produto de uma interpretação única da realidade, o que faz dos pais “construtores” activos das suas próprias significações (Santos, 2007).

Barros (2003) refere que *“numa perspectiva construtivista, podemos afirmar que os pais, nas suas concepções subjectivas e/ou implícitas elaboram, de forma mais ou menos reflectida e elaborada, modelos ou teorias sobre a importância relativa dos vários determinantes de saúde infantil, sobre a possibilidade de controlar e influenciar as atitudes facilitadoras e inibidoras de saúde, ou sobre a importância e/ou necessidade de aderir ou não às prescrições do médico”* (pp. 49). Por outro lado, a perspectiva desenvolvimentista postula que estas construções parentais se organizam em níveis de desenvolvimento que se caracterizam pelo seu grau de complexidade, flexibilidade, abstracção e inclusão (Santos, 2007).

Os dois modelos precursores da adaptação da perspectiva desenvolvimentista ao estudo das significações parentais são: o modelo de Consciência Parental de Newberger (1980) e o modelo de Conceitos Parentais de Sameroff e Feil (1985 cit. por Santos, 2007). É com base nestes modelos e no modelo Integrativo de Desenvolvimento Sociocognitivo de Joyce-Moniz (1988a, 1993) que é construído o modelo Construtivista Desenvolvimentista de Significações Parentais em Psicologia Pediátrica de Barros (1999), que apresentarei em seguida.

Importa ainda dizer que estes modelos postulam que pais com repertórios de significações mais vastos, que recorrem a perspectivas mais complexas e integradoras para interpretar e compreender o comportamento, desenvolvimento e saúde dos filhos e o seu próprio papel parental se encontram em níveis de desenvolvimento mais elevados (Barros & Santos, 2006) e que como Santos (2007) explica, estes modelos postulam, ainda, que *“o objectivo de resolução de problemas das crianças será mais facilmente conseguido quando os pais ascendem aos níveis mais elevados. Esses pais compreendem que também evoluem e que este desenvolvimento é afectado pela própria criança, assim como percebem a existência de uma multiplicidade de percursos de*

*desenvolvimento e de objectivos educacionais alternativos e igualmente adaptativos”* (pp. 126).

### **1.3.1 Modelo Construtivista Desenvolvimentista de Significações Parentais em Psicologia Pediátrica de Barros (1999)**

De seguida apresento o Modelo Construtivista Desenvolvimentista de Significações Parentais em Psicologia Pediátrica de Barros (1999) construído com base no modelo integrativo de desenvolvimento sociocognitivo de Joyce-Moniz (1988a, 1993), e no modelo de conceitos parentais sobre o desenvolvimento de Sameroff e Feil (1985).

A sequência original está organizada em três áreas principais: (a) a *definição do sintoma ou problema*; (b) a *conceptualização do desenvolvimento infantil*; (c) as modalidades preferidas de *resolução de problemas educacionais* e as formas de relacionamento com a autoridade profissional, ou seja os *modelos de adesão a recomendações e prescrições*.

Como o presente estudo se foca na capacidade parental de resolução de problemas, a sequência de níveis apresentada de seguida inclui, apenas, esta área.

#### **Nível 1**

---

##### *Significação do sintoma/doença*

---

Centração na realidade objectiva, que é apreendida pelos sentidos. O conhecimento absoluto existe. A pessoa pode não ter acesso directo ao conhecimento, mas a autoridade tem-no. Os sintomas ou doenças são realidades concretas, que existem porque são percebidas, pela pessoa ou pela «autoridade». A pessoa pode ter consciência de que existe uma diferença de perspectiva, mas é incapaz de manter a sua perspectiva ao mesmo tempo que se coloca na perspectiva do outro. Donde decorre uma centração exclusiva na perspectiva do próprio ou falta de coordenação (incoerência não percebida) entre duas perspectivas diferentes.

Não existe uma compreensão verdadeira da causalidade: ela é definida em termos concretos e de contingências imediatas. Não existe coordenação: as mesmas causas podem originar sintomas diferentes. Os sintomas/problemas podem ser percebidos como castigos por erros cometidos, consequência inevitável de transgressão das

---

normas.

As experiências emocionais não se diferenciam das sensações do corpo e das acções concretas mais globais. A emoção é descrita em termos de comportamentos instrumentais (por exemplo, riso = satisfação; choro = sofrimento).

### *Compreensão do processo de desenvolvimento*

---

Não existe qualquer compreensão dum processo de desenvolvimento ou de mudança continuada, influências e resultados não são diferenciados. A discussão centra-se no aqui e agora. Não há coordenação entre situações diferentes.

Existe uma definição das pessoas em termos de «pré-categoriais», isto é, recorre-se a um número muito restrito de categorias rígidas e dicotómicas, muito estereotipadas.

### *Resolução de problemas*

---

Explicação causal como condição prévia a qualquer estratégia de resolução; não resolução por respostas de tipo tautológico, simples explicitação e explicação de sintomas. A realidade da doença (problema original ou central na saúde/desenvolvimento) e das suas consequências é vista como irreversível (ou totalmente anulável por um mecanismo inexplicável, de tipo mágico).

---

## **Nível 2**

---

### *Significação do sintoma/doença*

---

Centração na realidade objectiva que não pode ser imediatamente acessível ao conhecimento da pessoa ou mesmo da autoridade. Por vezes, o conhecimento absoluto pode ser posto em causa e as autoridades vistas como fontes incertas. O conhecimento é entendido nas suas dimensões concretas e quantificáveis; só uma larga acumulação de evidência pode levar ao conhecimento absoluto. A pessoa tem consciência de que o outro tem uma perspectiva diferente e de que esta pode mudar. Também compreende que o outro se pode colocar na sua perspectiva. Mas não consegue coordenar as duas ao mesmo tempo. A causalidade é linear e directa, um acontecimento ou factor produz um sintoma. As explicações são específicas para cada situação e não são coordenadas entre si. As experiências emocionais são confundidas com estados hedónicos de prazer e desprazer e descritas em termos bipolares.

### *Compreensão do processo de desenvolvimento*

---

Explicação do desenvolvimento em termos de traços, categorias, rótulos estereotipados e fixos que servem de explicação para o comportamento. No entanto já existe uma maior variedade de rótulos, menos dicotômicos e globalizantes do que no nível anterior. Noção de crescimento associada a algumas mudanças superficiais que no entanto não alteram os rótulos estereotipados.

### *Resolução de problemas*

---

Aceitação e adaptação de regras estereotipadas de resolução de problemas, que se vão ensaiando sucessivamente. Recurso à aprendizagem por vicariância. A doença continua a ser vista como uma entidade irreversível, mas reconhece-se que é possível minimizar ou atenuar as consequências negativas pela adaptação dos pais e da própria criança às suas limitações.

---

## **Nível 3**

---

### *Significação do sintoma/doença*

---

Centração na realidade incerta: o conhecimento da verdade objectiva pode não ser possível porque cada um tem a sua significação da realidade. As significações sobre a realidade dos sintomas/problemas integram tanto as queixas físicas como psicológicas, o que levanta dúvidas e incertezas. Há atenção ao estado emocional/experiência interna da criança, que pode levantar mais incertezas. A pessoa compreende a perspectiva do outro e compara-a com a sua e com a do grupo. É capaz de distinguir a sua perspectiva da do grupo. Percebe que pode haver sentimentos confusos ou ambivalentes, cada indivíduo tem experiências e sentimentos diferentes.

Aceitação e reconhecimento de mais do que um determinante como causa do sintoma; mas dificuldade em coordená-los continuando a ser preponderante a causa mais pregnante emocionalmente, ou mais associada ao handicap. As experiências emocionais são diferenciadas e ligadas a significações subjectivas. A emoção é descrita em termos de intimidade relacional (vergonha, embaraço, ciúme, culpa).

### *Compreensão do processo de desenvolvimento*

---

Explicação em termos de interacção personalidade/períodos de desenvolvimento.

Duas influências são consideradas simultaneamente, mas não completamente coordenadas entre si (somatório, mas não reconhecimento de interacção).

Os rótulos atribuídos são definidos em termos de categorias pró-sociais, mais abstractas e variadas do que no nível anterior.

### *Resolução de problemas*

---

Intuição ou imaginação espontânea de uma solução específica concreta. Ou aceitação de modelos que são vistos como inspirando confiança, adesão afectiva. Avaliação das soluções em termos concretos e a médio prazo, mas já considerando resultados comportamentais e emocionais. A resolução dos problemas de desenvolvimento é vista em termos de a criança “se encaixar” nos critérios do meio, estes não são questionados. Se a pessoa estiver suficientemente motivada é capaz de resolver alguns dos problemas educativos/de desenvolvimento/ de saúde dos filhos.

---

## **Nível 4**

---

### *Significação do sintoma/doença*

---

A noção da realidade é subjectiva, mas pode ser racionalizada. Os sintomas podem ser definidos por meio de avaliações consideradas válidas, tanto de aspectos físicos como de psíquicos. As fases do desenvolvimento são um bom «padrão» para avaliar os sintomas/problemas com o grau possível de objectividade. Centração na racionalização da realidade. Capacidade de coordenar diferentes perspectivas entre si. Coordenação da perspectiva do próprio com a do sistema (por exemplo, o sistema médico define doenças, o sistema educativo define problemas de aprendizagem, o sistema psicológico define problemas de desenvolvimento).

Reconhecimento e coordenação de mais do que uma causa para o mesmo problema/sintoma; necessidade de coordenar explicações para comportamentos/sintomas diferentes.

A emoção é descrita em termos de sentimentos complexos e idiossincráticos.

### *Compreensão do processo de desenvolvimento*

---

As características da criança evoluem e transformam-se em função do desenvolvimento e da educação. É possível corrigir os problemas por meio de atitudes educativas adequadas, e tendo em conta o processo de desenvolvimento (reconhecimento da importância do tempo de desenvolvimento). Compreensão de que as causas mais relacionadas com a doença não são necessariamente as mais importantes para um dado problema de desenvolvimento. Compreensão de que percursos diferentes podem levar ao mesmo resultado desenvolvimentista. Pais e filhos estão num sistema de interacção em que os pais modificam os filhos, mas o contrário não é totalmente reconhecido ou valorizado.

### *Resolução de problemas*

---

Avaliação de alternativas específicas de solução por um somatório de vantagens e inconvenientes; o conhecimento de um maior número de alternativas dá segurança de poder encontrar a solução mais adequada. A pessoa é capaz de ver as consequências a médio prazo e de combinar vários tipos de consequências (para a criança/para os outros, a curto/médio prazo, concretas e específicas/ gerais e abstractas). A remediação dos problemas é possível porque pode haver aceleração da sequência de desenvolvimento e porque atitudes educativas adequadas podem ter efeitos desejáveis. Tende a considerar as características específicas da criança, mas não o próprio impacto da criança no meio. A remediação passa pela não-aceitação total das dificuldades e problemas, isto é, os pais têm uma atitude determinante e activa nessa remediação, podendo para isso questionar algumas das normas sociais prevalecentes.

---

## **Nível 5**

---

### *Significação do sintoma/doença*

---

Centração na realidade subjectiva: mesmo que haja uma realidade objectiva ela é impossível de apreender com exactidão ou em toda a sua extensão. O conhecimento da realidade é subjectivo, mas cada um pode construir significações ou conhecimentos cada vez mais próximos do que se pode conceber como uma «realidade objectiva». Os sintomas são definidos em termos de significações pessoais e relativizados de acordo com essa idiosincrasia.

A pessoa compreende que as perspectivas intra e interpessoais podem ser coordenadas, não só dentro do mesmo sistema mas, igualmente, por meio da constituição de classes mais abstractas. Esta metacognição social permite relativizar os pontos de vista do sistema e conceber a sua modificação.

A noção de causalidade é complexa, multidireccionada e transaccional. O comportamento da criança é explicado pela sua experiência interior, produto da interacção entre o próprio e o meio que se determinam mutuamente.

As experiências emocionais são integradas na experiência vivencial de um *self* que procura conhecer-se e é descrita em termos metacognitivos de quantidade e qualidade.

#### *Compreensão do processo de desenvolvimento*

---

Múltiplas influências são consideradas e coordenadas. Qualquer situação específica é compreendida no contexto de um universo de hipóteses possíveis. Compreensão da relação pais-filhos como transaccional, influenciando-se e modificando-se mutuamente e sendo ambos influenciados pelo contexto. Reconhecimento do processo de desenvolvimento como resultado de um processo de determinação mútua entre a criança e o meio.

#### *Resolução de problemas*

---

Exploração criativa de soluções gerais. A solução passa pela definição autónoma de problemas alternativos ou diferentes (existem várias formas de definir ou compreender os problemas de saúde ou desenvolvimento que são relativos e função de um dado contexto cultural, social, etc.). A doença é só um dado da situação entre muitos outros e não já uma realidade irreversível ou única. Melhor articulação entre os diferentes meios possíveis de remediação do que no nível anterior (mais integração e coordenação).

---

## **2 OBJECTIVOS E METODOLOGIA**

### **2.1 O DESENHO DA INVESTIGAÇÃO**

Esta investigação enquadra-se, como já referi anteriormente, no âmbito de um estudo mais vasto<sup>2</sup>, que tem como principal finalidade contribuir para o conhecimento da vivência parental da doença crónica.

O presente estudo constitui um estudo exploratório, baseado numa pequena parte dos dados que correspondem às significações sobre a resolução de problemas educacionais e de desenvolvimento por mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes e baseia-se numa abordagem predominantemente qualitativa.

#### **2.1.1 Objectivo geral**

Considerando o carácter exploratório do estudo e o contexto das problemáticas educacionais e da sua resolução em mães de crianças com fibrose quística ou diabetes, surgiu o seguinte objectivo geral:

- Estudar, de uma perspectiva exploratória e qualitativa, as estratégias de resolução de problemas educacionais e de desenvolvimento relatadas pelas mães de crianças com doença crónica pediátrica, nomeadamente mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes.

#### **2.1.2 Questões de investigação**

**Questão 1 (Q1)** – *Quais os problemas que são mais frequentemente dados como exemplo de resolução eficaz e quais os que são mais frequentemente dados como exemplo de resolução não eficaz, pelas mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes.*

**Questão 2 (Q2)** – *Relativamente aos problemas mais frequentemente identificados, quais as estratégias mais utilizadas pelas mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes.*

**Questão 3 (Q3)** - *Quais são as principais estratégias relatadas pelas mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes para resolver situações educacionais problemáticas.*

---

<sup>2</sup> Tese de Doutoramento de Margarida Custódio dos Santos intitulada “Vivência subjectiva da doença em mães de crianças com fibrose quística e com diabetes”. Universidade de Lisboa, 2007.

**Questão 4 (Q4)** – *Quais são as principais diferenças encontradas, quanto ao número de soluções gerado, entre mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes.*

## **2.2 METODOLOGIA**

### **2.2.1 Estudo Qualitativo e Exploratório/Descritivo**

De acordo com a problemática em estudo, e tendo em conta que se pretende conhecer as estratégias de resolução de problemas em mães de crianças com fibrose quística ou diabetes através do discurso materno sobre as suas significações e vivências, optou-se pelo método qualitativo uma vez que este tipo de investigação se centra no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências (Strauss & Corbin, 1998).

Para Strauss e Corbin (1998), o termo investigação qualitativa pode ser entendido como qualquer tipo de investigação que origine resultados através de métodos que não envolvam procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação. A análise, neste tipo de investigação, tende a ser essencialmente interpretativa, podendo contudo uma parte dos dados ser tratada de forma quantitativa. O processo de interpretação visa descobrir conceitos e relações na informação recolhida, organizando-os num esquema teórico explicativo (Strauss & Corbin, 1998).

Existem várias razões para se optar por uma metodologia qualitativa, uma delas é a natureza do problema em investigação. Esta metodologia permite obter detalhes sobre fenómenos que são difíceis de extrair através de métodos de investigação mais convencionais (e.g. emoções, sentimentos e processos de pensamentos) (Strauss & Corbin, 1998).

As abordagens qualitativas têm ganho relevância dentro do estudo da Psicologia Pediátrica, onde orientações recentes têm reclamado por estudos com abordagens flexíveis (Drotar, 2000 cit. por Santos, 2007).

O presente estudo é, ainda, exploratório/descritivo uma vez que tem como objectivo a exploração, o mais aprofundada possível, das significações maternas sobre a resolução de problemas educacionais e de desenvolvimento. Não são, assim, definidos *a priori* limites para essa exploração.

## **2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

### **2.3.1 População**

No estudo inicial definiu-se, como população, o universo de mães de crianças com duas doenças crónicas intencionalmente seleccionadas, mais especificamente as mães de crianças com diabetes e com fibrose quística, acompanhadas em três Hospitais Centrais (dois em Lisboa e um em Coimbra), nos serviços de Pneumologia e de Endocrinologia.

A escolha dos referidos hospitais deveu-se à sua orientação para o acompanhamento de crianças com as referidas patologias e à disponibilidade e interesse demonstrado pelas equipas médicas.

### **2.3.2 Opções e critérios de selecção da amostra**

Para a investigação onde este trabalho se insere, recorreu-se a uma amostra de mães de crianças com doença crónica, dividida em dois grupos: Grupo 1 (G1) mães de crianças com fibrose quística; e Grupo 2 (G2) mães de crianças com diabetes. A escolha destas duas patologias teve em consideração as suas semelhanças (*e.g.*, cronicidade; ausência de perturbações de funcionalidade da criança; ausência de perturbações graves de desenvolvimento cognitivo; ausência de alterações fisionómicas significativas) e as suas diferenças (*e.g.*, o prognóstico, o processo de evolução, a estabilidade e previsibilidade da doença).

Foram definidos como critérios de inclusão, cumulativamente:

- Ser mãe, e cuidador principal, de uma criança entre os três e os doze anos; com diagnóstico de fibrose quística, ou com diagnóstico de diabetes, feito por um médico da especialidade há mais de um ano; com situação clínica, no momento presente avaliada, pelo médico e/ou pelo enfermeiro que acompanha a criança, como clinicamente estável, para o seu diagnóstico e sem outras patologias principais.
- Ter capacidade para responder às questões da entrevista semi-estruturada que foi utilizada.
- Ter consentido na participação, após esclarecimento dos objectivos da investigação.

Constituiu critério de exclusão:

- A mãe ter perturbação psicopatológica diagnosticada.

Relativamente aos critérios de inclusão, a escolha das mães e não do casal deveu-se sobretudo: (a) ao facto de que a realidade nos mostra que são as mães que na maioria dos casos acompanham a criança às consultas e nos internamentos (Thompson & Gustafson, 1996 cit. por Santos, 2007) e que mais frequentemente são responsáveis pelo tratamento da criança (Seiffge-Krenke, 2001 cit. por, 2007); (b) mas também porque estudos indicam que as mães apresentam níveis mais elevados de perturbação emocional, especialmente associados à responsabilidade pelo cuidado da criança, às alterações de vida provocadas pelas exigências do tratamento, ao cansaço e exaustão, resultados do acumular de tarefas na gestão do dia-a-dia da família (Wijnberg-Williams, Kamps, Klip, & Hoekstra-Weebers, 2006 cit. por Santos, 2007).

A delimitação inferior da idade da criança (3 anos) deve-se, por um lado, à prevalência mínima de diabetes em crianças com idades na primeira infância e, por outro lado, à exclusão de preocupações parentais comuns nos primeiros anos de vida da criança e bastante diferentes das associadas à parentalidade de crianças mais velhas. Quanto à delimitação superior da idade da criança (12 anos) pretende, igualmente, excluir possíveis problemáticas próprias de fases de desenvolvimento mais avançadas, como na adolescência (Santos, 2007).

A ausência de outras patologias principais foi considerada para restringir, o mais possível, a amostra às patologias em estudo, fibrose quística e diabetes, e diminuir a possibilidade de interferência de significações parentais associadas a patologias de outra natureza.

### **2.3.3 Caracterização dos grupos constituintes da amostra**

Apresenta-se, em seguida, a caracterização dos dois grupos de mães que participaram neste estudo. Para esta caracterização foram consideradas variáveis da criança e das mães.

**Quadro 1** - Caracterização das variáveis demográficas dos grupos G1 (mães de crianças com fibrose quística) e G2 (mães de crianças com diabetes)

		G1 FQ (n=30)	G2 Diabetes (n=30)	
<b>VARIÁVEIS DA CRIANÇA</b>				
<b>Idade (anos)</b>	Média	<b>7.33</b>	<b>7.73</b>	
	Mediana	7	7.5	
	Desvio-padrão	2.72	2.56	
	Mínimo	3	3	
	Máximo	12	12	
<b>Idade do Diagnóstico (meses)</b>	Média	<b>16.27</b>	<b>46.00</b>	
	Mediana	2.5	36	
	Desvio-padrão	33.50	24.02	
	Mínimo	0	12	
	Máximo	132	108	
<b>Tempo de Diagnóstico (anos)</b>	Média	<b>5.97</b>	<b>3.86</b>	
	Mediana	5	3.5	
	Desvio-padrão	2.80	1.85	
	Mínimo	1	1	
	Máximo	12	8	
<b>VARIÁVEIS DAS MÃES</b>				
<b>Idade (anos)</b>	Média	<b>33,5</b>	<b>35,8</b>	
	Mediana	34	36	
	Desvio-padrão	3.90	3,96	
	Mínimo	22	43	
	Máximo	41	25	
<b>Estado Civil</b>	Solteira	(n) 2 (%) 6.7	0 0	
	Casada	(n) 24 (%) <b>80.0</b>	26 <b>86.7</b>	
	Divorciada	(n) 4 (%) 13.3	4 13.3	
	<b>Formação Académica</b>	Formação Básica	(n) 8 (%) 26.7	7 23.3
		Formação Média	(n) 16 (%) <b>53.3</b>	15 <b>50</b>
Formação Superior		(n) 6 (%) 20.0	8 26.7	

Relativamente às crianças, como se observa no Quadro 1, e considerando os dois grupos, a média de idades encontra-se entre os 7 e os 8 anos, com valores médios ligeiramente mais elevados para o G2 (mães de crianças com diabetes). Em relação à idade (em meses) das crianças quando foi feito o diagnóstico, devido às características das duas patologias, verifica-se uma grande diferença entre os grupos: o diagnóstico acontece em fase etária menor em crianças com fibrose quística do que em crianças com diabetes.

Em relação às mães, como também se observa no Quadro 1, a média de idade é de 33.50 anos para mães de crianças com fibrose quística (G1) e de 35.8 para mães de crianças com diabetes (G2) anos, sendo que a idade é um pouco mais elevada nas mães de crianças com diabetes. Relativamente ao estado civil as mães dos dois grupos são na sua grande maioria casadas. Quanto à formação académica, a formação média é prevalecente em ambos os grupos.

Com excepção da média ligeiramente superior de idade nas mães de crianças com diabetes, conclui-se, que os dois grupos de mães (G1 e G2) são relativamente homogéneos. Verificam-se, no entanto, algumas diferenças expressivas quanto às variáveis relativas à criança, em especial no que diz respeito à idade em que foi feito o diagnóstico e, conseqüentemente, ao tempo decorrido desde esse momento.

No presente estudo a amostra é constituída por 28 mães em ambos os grupos, uma vez que apenas 2 mães, em cada grupo, não identificaram problemas educacionais e de desenvolvimento, a partir do qual explorar as estratégias utilizadas.

## **2.4 PROCEDIMENTOS**

### **2.4.1 Instrumentos de recolha de dados**

#### ***2.4.1.1 A entrevista semi-estruturada***

A entrevista semi-estruturada é utilizada quando se pretende acumular a maior quantidade de informação possível, a fim de abarcar os diversos aspectos do fenómeno mas também, quando se pretende descrever os factores ou variáveis e detectar relações entre estas variáveis ou factores. (Fortin, 1999).

O grau de profundidade dos elementos de análise recolhidos, a flexibilidade e a fraca directividade deste instrumento permitem recolher testemunhos e interpretações, respeitando quadros de referência (Quivy & Campenhoudt, 1992). Segundo Bardin

(2009), as entrevistas semi-estruturadas são uma “*encenação livre daquilo que esta pessoa viveu, sentiu e pensou a propósito de alguma coisa*” (pp. 89).

É, ainda, importante referir que dentro das investigações qualitativas no âmbito da Psicologia Pediátrica esta metodologia tem ocupado um lugar preferencial (Santos, 1997) e é igualmente uma das metodologias mais adequadas aos estudos de natureza descritiva e exploratória (Mathieson, 1999 cit. por Santos, 2007).

#### **2.4.2 Procedimentos de recolha de dados**

Tendo esta investigação decorrido no âmbito de um estudo mais alargado, as entrevistas foram realizadas pela autora principal do estudo. De seguida apresentarei, apenas, a caracterização dos procedimentos de recolha de dados referentes à parte dos dados tratada na presente investigação.

Numa primeira fase, pretendia-se que as mães identificassem os problemas educacionais e de desenvolvimento do seu filho que mais as preocupavam, e que avaliassem a sua eficácia na resolução desses problemas, a partir de uma lista de problemas educacionais comuns. Esta lista foi elaborada tendo em consideração problemas que são comuns a todas as crianças e a todos os pais, pretendendo-se, precisamente, compreender como estas mães lidavam com os problemas mais comuns. Este conjunto inicial foi sujeito à discussão com dois especialistas e foi ainda submetido ao parecer de dez casais de pais de crianças sem doença e a quatro casais de pais de crianças com doença crónica. Àquele conjunto foram, em seguida, acrescentados problemas, que, segundo a literatura, estão associados à doença e são frequentes em crianças com doença/deficiência crónica (Drotar, 2006 cit. por Santos, 2008).

A lista final é constituída por treze problemas divididos em quatro áreas:

Área Comportamental, da qual fazem parte: birras, desobediência, respostas agressivas e não empenho escolar.

Área Alimentar e do sono, da qual fazem parte: a alimentação e sono.

Área Emocional e Relacional, da qual fazem parte: tristeza sem razão aparente, dificuldades de relacionamento e perda de energia (i.e. perda de vontade para brincar ou para participar em actividades sociais).

Área da Doença, da qual fazem parte: ansiedade em relação aos sintomas da doença, ansiedade em relação aos procedimentos de tratamento/recusa de tratamento e ansiedade em relação à doença.

A partir desta lista, foram elaborados treze cartões identificativos de cada um dos problemas (anexo 1), que se apresentavam à mães, pedindo-lhes que (1) escolhessem os que consideravam acontecer com o seu filho e (2) avaliassem, numa escala de auto-eficácia, de tipo Likert com três intervalos de resposta (nada eficaz; relativamente eficaz; eficaz), o grau em que consideravam conseguir resolvê-los.

Numa segunda fase, aquela cujos resultados foram analisados no presente estudo, foi pedido à mãe que seleccionasse dois problemas em que se considerasse eficaz e dois problemas em que se considerasse pouco ou nada eficaz (classificação dicotómica).

Em seguida, para cada um destes problemas apresentavam-se duas placas gráficas que pretendiam facilitar a exploração das significações maternas sobre esses problemas. Estas placas representavam cenas alusivas às situações problemáticas (anexo 2) e eram compostas por duas partes, uma onde se mostrava uma mãe a pensar sobre o problema e outra onde se mostrava a mãe a agir sobre esse problema. Com os cartões e com as placas pretendia-se centrar a mãe no problema que estava a ser referido.

Para cada um dos problemas seleccionados foi pedido à mãe que verbalizasse como pensava sobre aquele problema, e como costumava resolver o problema. Nem todas as mães seleccionaram dois problemas de cada, visto haver mães que não se consideraram *eficazes*, ou *não-eficazes* em duas situações diferentes.

As respostas foram gravadas em *áudio* e assinaladas numa grelha própria para posterior análise.

### **2.4.3 Procedimentos de análise de dados**

#### ***2.4.3.1 Procedimentos de Análise de Conteúdo***

Considerando as finalidades deste estudo e de acordo com a problemática equacionada, de entre as várias metodologias de investigação qualitativa escolheu-se a utilização da análise de conteúdo. A função principal deste tipo de metodologia é extrair um conhecimento não alcançável pela simples leitura ou audição cumulativa (Esteves, 2006). De entre o conjunto de técnicas compreendidas pela análise de conteúdo foi utilizada a análise categorial (Bardin 1994) de modo a produzir um sistema de

categorias. "As categorias são rúbricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos - indicadores - sob um título genérico [definido pelo investigador], agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (...) o que permite o seu agrupamento, é a parte comum existente entre eles [os temas, ou unidades de análise] " (Bardin, 2004, p. 118). Para Bardin (2004) as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos cronológicos que descreve como pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados.

No presente estudo pretende-se, assim, após a exploração e análise das significações maternas, obter uma estruturação em sínteses ou categorias que espelhem e clarifiquem a sua experiência em relação à resolução de problemas educacionais e de desenvolvimento. O sistema de categorias não estava definido a priori, e resultou da classificação progressiva dos elementos, o que levou a que a designação de cada categoria só fosse estabelecida no final do procedimento da análise. No entanto, sempre que possível e adequado, usaram-se designações habituais na literatura sobre estratégias comportamentais ou de *coping*, de modo a poder depois confrontar os resultados obtidos com essa literatura. Ou seja, optou-se por uma abordagem *bottom-up* onde que as categorias surgiram, naturalmente, por análise sistemática dos dados. Decidiu-se optar por esta abordagem uma vez que se pretendia que as categorias surgissem de forma natural, dos próprios dados, sem que houvesse necessidade de ajustamento dos mesmos a categorias pré-estabelecidas e, eventualmente, limitativas (Bardin, 2004).

Com base no percurso conceptual descrito por Bardin (2004), para a análise de conteúdo, procedeu-se da seguinte forma:

Inicialmente foi feita uma leitura integral dos dados de cada caso, visando uma visão global das significações do sujeito.

De seguida, procedeu-se à fase de redução dos dados, explorando o material e cotando-o. Ou seja, analisaram-se os conteúdos e identificaram-se as categorias de resposta, através da leitura cuidada e repetida de todas as verbalizações das mães. Sendo a formação de categorias é algo relativamente subjectivo a verificação desta análise foi feita pela orientadora desta tese, especialista neste tipo de avaliação, com quem foram discutidas as categorias definitivas a inclusão das verbalizações e das significações em dada categoria.

Procurou-se tornar cada categoria o mais abrangente possível, respeitando ainda assim, os princípios que Bardin (2004) refere como essenciais para uma boa

categorização (no anexo 3 apresentam-se as categorias formuladas, bem como a sua descrição).

Por fim, foi feita uma síntese do resultado da análise de forma a facilitar a resposta aos objectivos/questões da investigação. Ou seja, procedeu-se ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos resultados brutos de forma a permitir operações estatísticas simples - frequências e percentagens - ou mais complexas.

Como acaba de ser referido, esta síntese deve obedecer aos objectivos/questões de investigação, podendo ser apresentada como uma narrativa do caso ou sob a forma descritiva das significações mais frequentes dos sujeitos, quando se trata do estudo das significações de um grupo em relação a um determinado fenómeno.

Deste modo procedeu-se à elaboração de grelhas de síntese, apresentadas no anexo 4. Estas grelhas apresentam: as categorias/subcategorias de significações que resultaram da análise de conteúdo; um exemplo e o registo de frequência, com indicação das mães (designadas por M) em cada uma das categorias de resposta.

### 3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

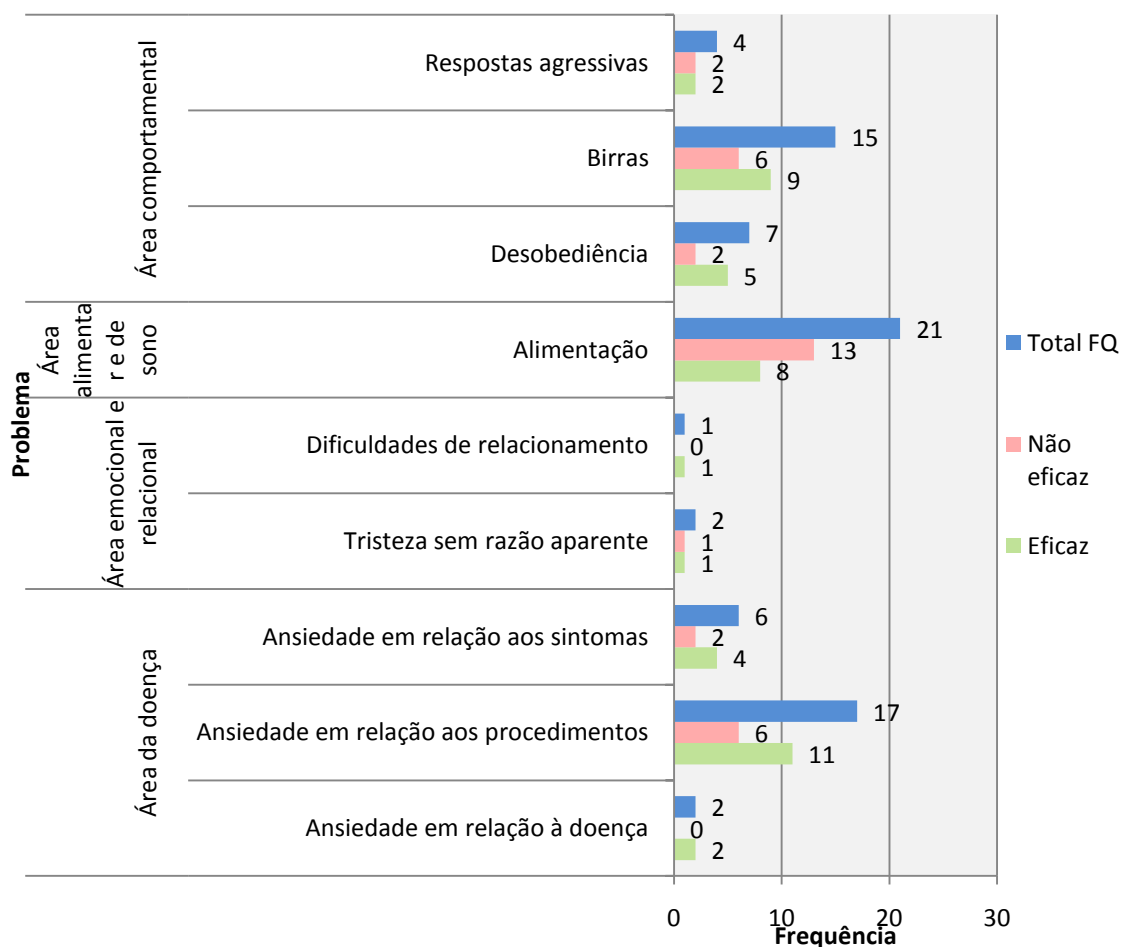
A apresentação e análise dos resultados, do presente estudo, segue a estrutura definida pelo objectivo geral e pelas questões de investigação enunciados na secção anterior. Em geral os dois grupos de mães são considerados separadamente, excepto quando o que se pretende é a comparação entre os dois grupos.

Considerando o objectivo geral,

*“Estudar, de uma perspectiva exploratória e qualitativa, as estratégias de resolução de problemas educacionais e de desenvolvimento relatadas pelas mães de crianças com doença crónica pediátrica, nomeadamente mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes”.*

**1 - Questão 1 (Q1) –** *Quais os problemas que são mais frequentemente dados como exemplo de resolução eficaz e quais os que são mais frequentemente dados como exemplo de resolução não eficaz, pelas mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes*

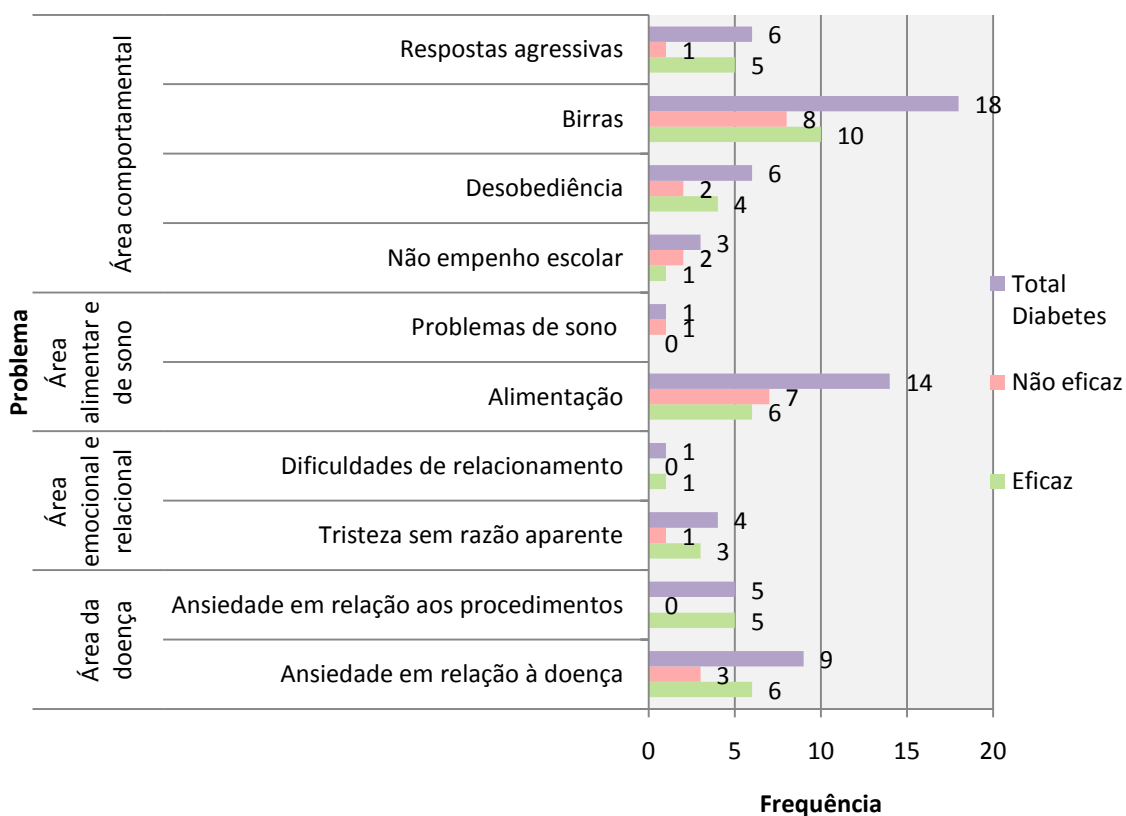
**Gráfico 1** – Identificação de exemplos de problemas resolvido de forma eficaz ou não eficaz – G1



O Gráfico 1 apresenta a frequência que cada problema é escolhido para exemplificar, ora problemas que são considerados pelas mães como resolvidos com eficácia, ora problemas que são considerados pelas mães como resolvidos sem eficácia. Foram excluídos desta tabela os problemas que não foram escolhidos por nenhuma mãe, nomeadamente “Problemas de sono”, “Não empenho escolar” e “Perda de energia”.

Como se pode observar as mães de crianças com fibrose quística identificam essencialmente como problemas: a “Alimentação” (21 mães), a “Ansiedade em relação aos procedimentos” (17 mães) e as “Birras” (15 mães). Destes problemas a “Alimentação” é mais frequentemente dada como exemplo de problema que é resolvido sem eficácia: *“Pergunto-lhe o que é que ele quer comer. Zango-me com ele mas ainda é pior. Acabo por ver o que lhe apetece comer e faço isso, mas às vezes nem isso ele come”* Mfq20.4. Já a “Ansiedade em relação aos procedimentos” é mais frequentemente dada como exemplo de problema que é resolvido com eficácia: *“Eu falo com ele e digo-lhe que tem que ser para que a bactéria não se desenvolva mais. Ele sabe disso, compreende e lá faz. Mas tento que ele compreenda. Sim, brincamos um pouco e as coisas fazem-se”* Mfq25.2.

**Gráfico 2** - Identificação de exemplos de problemas resolvido de forma eficaz ou não eficaz – G2



De forma semelhante ao Gráfico 1, o Gráfico 2 apresenta a frequência que cada problema é escolhido para exemplificar, ora problemas que são considerados pelas mães como resolvidos com eficácia, ora problemas que são considerados pelas mães como resolvidos sem eficácia. Foram excluídos desta tabela os problemas que não foram escolhidos por nenhuma mãe, designadamente “Perda de energia” e a “Ansiedade em relação aos sintomas”.

Como se pode observar as mães de crianças com diabetes identificam essencialmente como problemas: as “Birras” (18 mães), a “Alimentação” (14 mães) e a “Ansiedade em relação à doença” (9 mães). Relativamente a estes problemas não existem grandes diferenças quanto à eficácia auto-avaliada. Embora a diferença seja pouco expressiva, comparativamente, as “Birras” e a “Ansiedade em relação à doença”, são mais frequentemente dadas como exemplos de estratégias resolvidas com eficácia: *“O que eu faço é não ligar muito senão é pior. Vejo se é assim uma coisa que ela possa ter e se for até sou capaz de lha dar mas se insiste muito ainda me zango com ela, por causa da teimosia dela. Mas também não é muitas vezes e ela lá pára”* (relativamente às birras) Md6.1; *“Aí é que está. Eu tento falar com ele e mostrar-lhe que entendo o que ele diz mas que não pode é abandonar o tratamento, nem revoltar-se daquela maneira. (...) Eu acho que resolvo as coisas relativamente bem porque ele fica mais calmo na altura mas não sei.”* (relativamente à ansiedade em relação à doença) Md17.3. Já a “Alimentação” é mais frequentemente dada como exemplo de problemas que são resolvidos sem eficácia: *“O que faço? Primeiro insisto e digo que é para o bem dele e que ele tem que comer aquilo. Ele diz que não, insiste que não, chora e não come. Eu acabo por deixar que ele não coma e pronto. Não resolve grande coisa”* Md2.3.

**2 - Questão 2 (Q2)** – *Relativamente aos problemas mais frequentemente identificados, quais as estratégias mais utilizadas pelas mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes.*

Através da análise de conteúdo feita, e descrita na secção anterior, foram propostas e definidas as seguintes categorias, que foram posteriormente agrupadas em dois grandes grupos: (a) estratégias maternas internas; (b) estratégias na interacção com a criança:

---

**(a) Estratégias maternas internas** (Pensamento/explicação da mãe):

---

Imperativo de resolução por focalização nas consequências negativas do problema

Imperativo de resolução por focalização nas consequências positivas da resolução

Atribuição de causas/justificações

Classificação do problema

Diferenciação dos níveis de gravidade do problema

Esforço prévio de auto-controlo materno

Valorização da passagem do tempo como eventual solução (wishfull thinking)

Compreensão e empatia com a experiência da criança

Racionalização materna

Recurso à autoridade médica (ou de outro profissional)

Rotinização de uma solução

Transformação da situação concreta para minimização dos custos para a criança

---

**(b) Estratégias na interacção com a criança:**

---

Facilitação da expressão emocional

Expressão de empatia e aceitação

Racionalização com a criança

Verbalização de ameaça

Punição verbal

Ameaça de punição comportamental

Punição comportamental

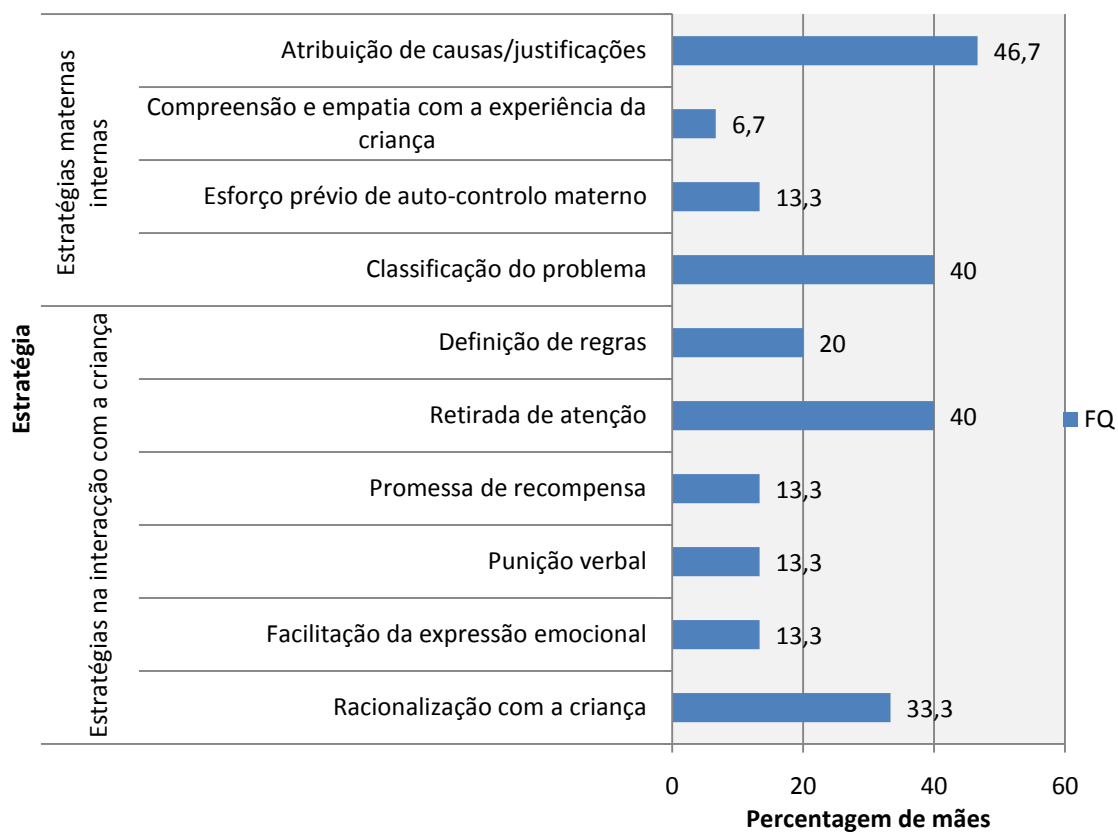
Promessa de recompensa

Imposição da autoridade materna  
Retirada de atenção  
Definição de regras  
Compromisso  
Controlo de estímulos  
Distracção  
Invocação do modelo materno  
Invocação da autoridade médica  
Invocação da experiência anterior  
Programação de actividades  
Expressão de sentimentos maternos negativos como forma de controlo comportamental  
Esforço de “normalização” dos sintomas e consequências da doença  
Cedência aos desejos da criança

Como foi apresentado na questão Q1, os problemas mais frequentemente identificados pelas mães, independentemente da patologia, são as “Birras” e a “Alimentação”. Assim sendo, estas duas problemáticas serão exploradas quanto às estratégias mais utilizadas na sua resolução, por mães de ambos os grupos, na alínea a) e b) desta questão de investigação. Na alínea c) e d) serão exploradas as problemáticas de “Ansiedade em relação aos procedimentos” e “Ansiedade em relação à doença” quanto às estratégias mais utilizadas na sua resolução por mães de crianças com fibrose quística e com diabetes, respectivamente. Devido à grande quantidade de categorias que se obtiveram através da análise de conteúdo todos os gráficos apresentados nesta questão de investigação e nas seguintes expõem apenas as categorias mais frequentemente utilizadas para facilitar a leitura dos mesmos.

## Q2 – a) Birra

Gráfico 3 - Principais estratégias utilizadas na resolução do problema birra – G1



Como se pode observar no Gráfico 3, as estratégias mais comumente utilizadas, pelas mães de crianças com fibrose quística, na resolução das “Birras”, são a “Atribuição de causas/justificações” (46,7% das mães que identificam este tipo de problema), a “Classificação do problema” (40%) e a “Retirada de atenção” (40%).

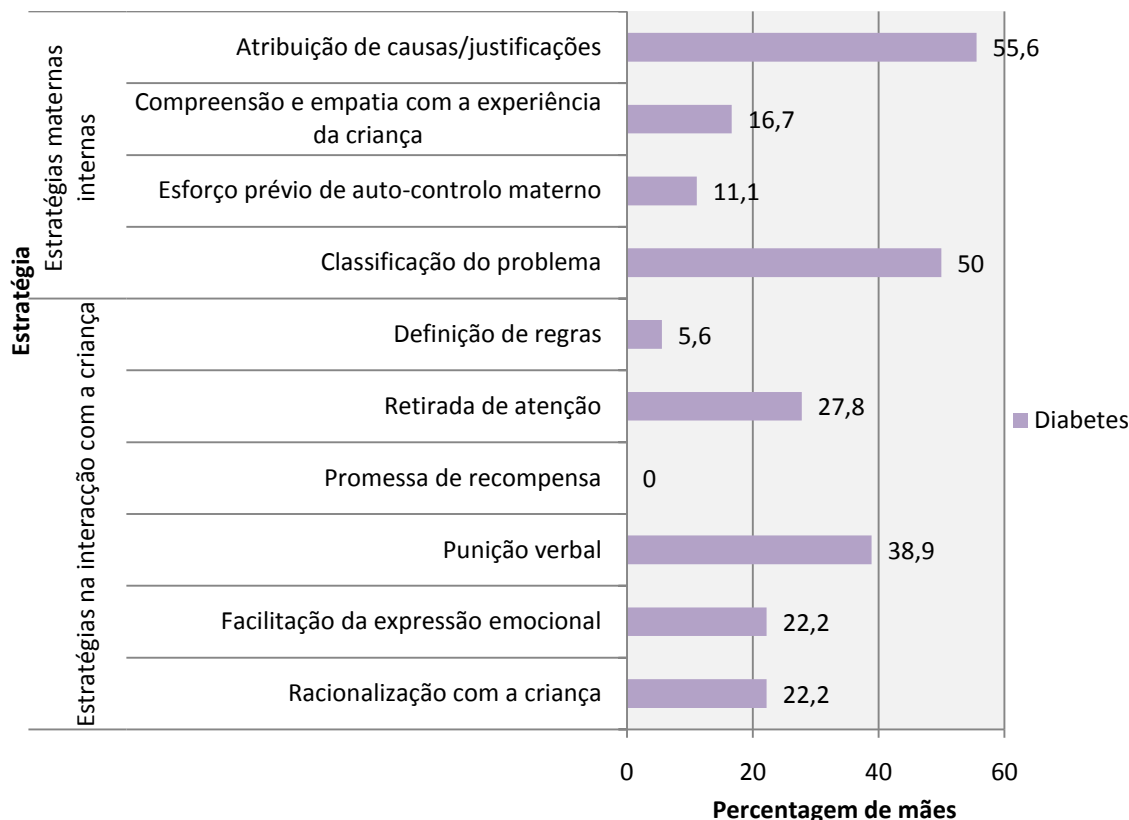
Relativamente à “Atribuição de causas/justificações”, a maioria das mães associa este tipo de problema comportamental à fase etária da criança e a atitudes educativas mais permissivas e protectoras no passado: *“Eu penso que ele está muito mimado. Também é uma criança, é comum e tem um pouco o que todos têm na sua idade, embora ele seja demais, mas ele é muito teimoso. Mas eles são também o que aprendem e ele viu, durante muito tempo, que nós cedemos muito. Não sei se é só pela doença mas acho que o mimamos e agora é mais assim. É muito nossa culpa, reconheço”* Mfq16.1.

Verifica-se que a “Classificação do problema”, é uma estratégia que antecede a acção e que permite às mães tomarem atitudes diferentes conforme a classificação feita previamente: *“Nas birras eu vejo porque é que está a acontecer e o que eu pensava era*

*tentar ver se havia alguma razão para aquilo ou se era só uma coisa de momento, sem razão nenhuma” Mfq24.1.*

Por fim, a “Retirada de atenção” é utilizada, na resolução da birra, como estratégia de controlo de contingências: “...mas agora o que eu faço é deixa-lo fazer a suas birras e nem ligo, até que ele se acalma, ele tem agora que aprender que com birras não consegue nada” Mfq16.1.

**Gráfico 4 - Principais estratégias utilizadas na resolução do problema birra – G2**



Como se pode observar no Gráfico 4, as estratégias mais utilizadas pelas mães de crianças com diabetes, na resolução das “Birras”, são a “Atribuição de causas/justificações” (55,6%), a “Classificação do problema” (50%) e a “Punição verbal” (33,3%).

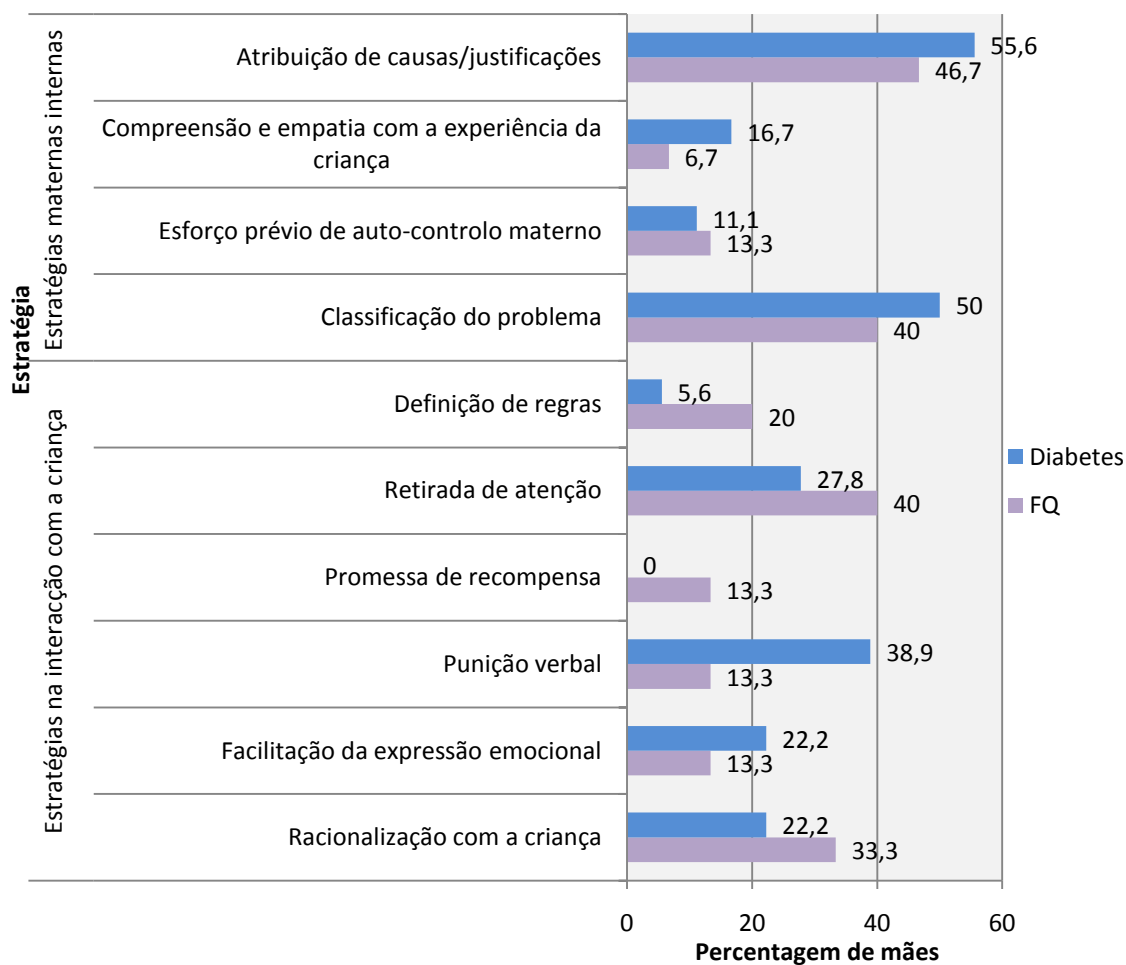
Quanto à “Atribuição de causas/justificações”, verifica-se uma semelhança relativamente ao que acontece com as mães de crianças com fibrose quística, sendo que a maioria das mães deste grupo também associa as “Birras” à fase etária da criança e a atitudes educativas mais permissivas e protectoras no passado: “Eu penso que é da idade. Acho que é muito da idade. Eles ficam assim a ver até onde podem ir” Md4.3; “Ele também está mais assim porque talvez tenha tolerado demasiadas coisas. Não é

*assim que o deixe fazer tudo ou lhe faça as vontadinhas todas mas teve um pouco mais de mimo. Meu e dos meus pais” Md7.1;*

Relativamente à “Classificação do problema”, também se verifica que à semelhança do que acontece com as mães de crianças com fibrose quística, esta é uma estratégia que antecede a acção e que permite às mães tomarem atitudes diferentes conforme a classificação feita previamente: *“É conforme, claro. Se for por uma coisa faço de uma maneira se for por outra faço de outra” Md1.2.*

Verifica-se, ainda a existência de uma grande percentagem de mães que afirmam ralar e zangar-se com os filhos, fazendo uso da “Punição verbal” como forma de controlo/modificação comportamental: *“Não tolero muito as birras pelas birras, fico mesmo zangada e digo-lhe” Md2.1.*

**Gráfico 5** - Principais estratégias utilizadas na resolução do problema birra – Comparação entre os dois grupos



Como se pode observar no Gráfico 5, independentemente da patologia, as mães utilizam essencialmente como estratégias maternas internas, a “Atribuição de causas/justificações” e a “Classificação do problema”.

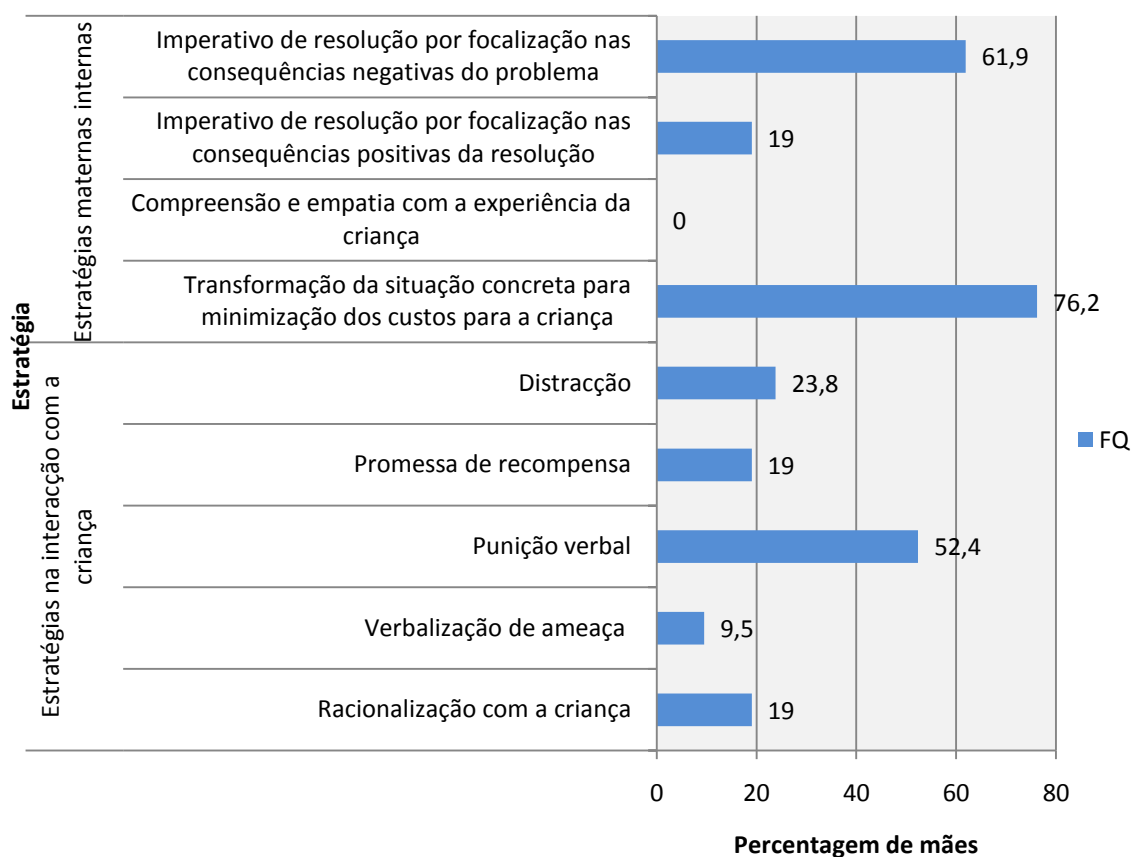
Relativamente às estratégias de interacção com a criança verificam-se algumas diferenças expressivas entre os dois grupos de mães, observando-se que, comparativamente, as mães de crianças com fibrose quística usam mais frequentemente a estratégia de “Definição de regras” do que as mães de crianças com diabetes. Já as últimas utilizam mais frequentemente a “Punição verbal”. Ambos os grupos utilizam, ainda, com frequência a “Retirada de atenção”.

É, ainda, importante referir que as estratégias de “Classificação do problema”, de “Atribuição de causa/justificações” e de “Retira de atenção” são sobretudo utilizadas na resolução da problemática em causa. Aparecendo na resolução de outros problemas, mas de forma mais residual.

38,9% das mães de crianças com diabetes e 33,3% das mães de crianças com fibrose quística referem ceder aos desejos do filho quando se deparam com este tipo de problema. Algumas razões apontadas pelas mães como justificativas da cedência são o facto da criança ser doente ou do seu próprio cansaço: *“Outras vezes já é tão difícil que eu nem penso muito e dou as coisas e pronto. Uma pessoa vive um bocado cansada”* Md4.3; *“Fico sem saber que fazer e acabo por lhe dar o que ele quer, em especial se ele está doente. Já bem basta o que ele tem”* Mfq1.4. De entre esta percentagem de mães 57% e 20%, respectivamente, corresponde a uma cedência programada/controlada: *“Vejo se é assim uma coisa que ela possa ter e se for até sou capaz de lha dar”* Md6.1; *“Eu vejo, se considero até razoável pois está bem, se não começo a não fazer-lhe porque nem sempre é aceite”* Mfq22.1.

## Q2 – b) Alimentação

Gráfico 6 - Principais estratégias utilizadas relativamente a problema alimentares – G1



Como se pode observar no Gráfico 6, as estratégias mais comumente utilizadas, pelas mães de crianças com fibrose quística, na resolução de problemas alimentares, são a “Transformação da situação concreta para minimização dos custos para a criança” (76,2%), o “Imperativo de resolução por focalização nas consequências negativas do problema” (61,9%), e a “Punição verbal” (52,4%).

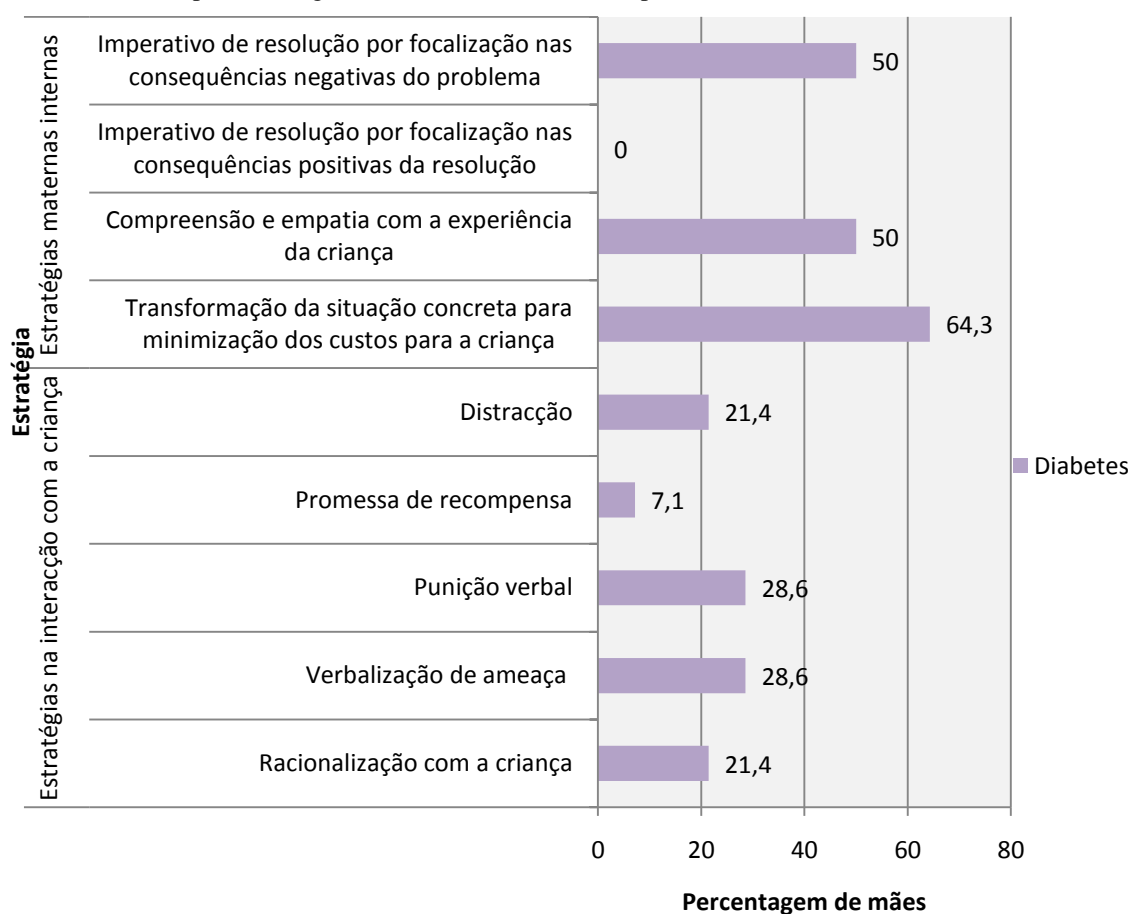
A estratégia de “Transformação da situação concreta para minimização dos custos para a criança” envolve um conjunto de atitudes que têm em comum o objectivo de minimizar os custos para a criança. Verifica-se que este grupo de mães refere sobretudo atitudes como passar, modificar e disfarçar a comida, dar à boca e fazer a comida que os filhos mais gostam: *“Tento dar-lhe a comida que ela gosta ou fazer as coisas mais ou menos que ela gosta. Às vezes misturo ou dou-lhe sem ela ver muito bem”* Mfq2.1.

Ainda dentro das estratégias maternas internas, verifica-se um imperativo de resolução por focalização nas consequências negativas do problema, bastante acentuado. As mães referem como principais consequências negativas o facto de os

filhos já serem magros e os problemas alimentares virem agravar a situação, levando ao enfraquecimento da criança e à deterioração do seu estado de saúde: *“Penso que ela tem que comer. É só o que penso. Vejo-a logo tão magra. Ela é mais fraca que os outros e tem que comer porque pode ficar ainda pior. Fico aflita porque sei quais podem ser as consequências”* Mfq9.4.

Por fim, a “Punição verbal” é utilizada, por este grupo de mães, na resolução dos problemas alimentares, como forma de controlo/modificação comportamental: *“O que eu faço é zangar-me com ela...”* Mfq21.2.

**Gráfico 7 - Principais estratégias utilizadas relativamente a problemas alimentares – G2**



Como se pode observar no Gráfico 7, as estratégias mais comumente utilizadas, pelas mães de crianças com diabetes, na resolução de problemas alimentares, são a “Transformação da situação concreta para minimização dos custos para a criança” (64,3%), o “Imperativo de resolução por focalização nas consequências negativas do problema” (50%) e a “Compreensão e empatia com a experiência da criança” (50%).

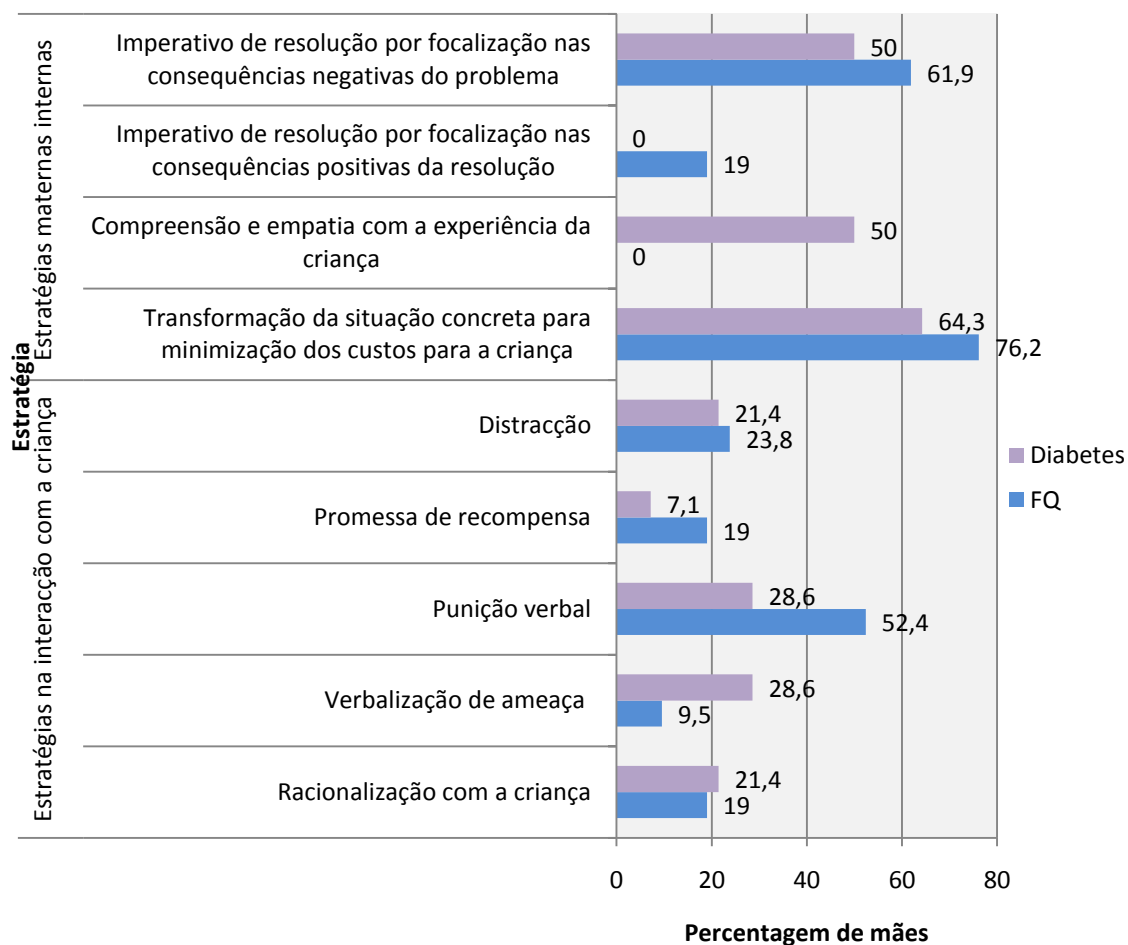
A estratégia de “Transformação da situação concreta para minimização dos custos para a criança”, como já foi anteriormente referido, envolve um conjunto de atitudes que têm em comum o objectivo de minorar minimizar custos para a criança. Contudo, para este grupo de mães verificam-se outro tipo de atitudes concretas. Observam-se em grande parte, atitudes como verificar os valores de glucose e, se estiverem, bons deixá-los comer um pouco mais, ou deixá-los comer guloseimas de vez em quando: *“Se ela quiser mesmo e os valores estiverem bons pois come um pouco”* Md1.2.

De forma semelhante ao que acontece com as mães de crianças com fibrose quística, também, nas mães de crianças de crianças com diabetes, se observa um “Imperativo de resolução por focalização nas consequências negativas do problema”, bastante acentuado (50%). Neste caso as mães referem como principais consequências negativas o facto, da desregulação alimentar piorar o estado da criança, alterando os valores de glucose no sangue e exigindo compensações de insulina. Algumas mães referem ainda temer que os filhos não sejam capazes de regular a sua alimentação no futuro: *“É o principal problema porque sem isso é que ela começa a andar com os valores muito alterados e isso é grave para ela. Comigo ela come o que deve e até não faz uma fita tão grande. O pior é o que eu suspeito que ela come quando não está comigo. E depois não me diz nada. O que eu penso nessa altura é que é muito grave o que está acontecer e que se ela começa mesmo a não fazer as coisa como deve ser vai piorar e pode ser muito mau. Penso sempre assim. Penso sempre que isto vai piorar e que ela não vai controlar nada disto”* Md10.3.

50 % das mães de crianças com diabetes afirmam “Compreender e empatizar com experiência da criança”, em situações em que se verificam problemas relacionados com a alimentação. Em geral este grupo de mães afirma compreender que seja difícil para a criança ter que seguir uma dieta rígida: *“Penso (...) e que tenho pena que ela não possa comer o que comem as outras pessoas”* Md13.4; *“Mas também penso que é complicado para uma criança de 5 anos não poder comer o que quer: Uma pessoa tem que ver que é complicado porque eles são pequenos e não compreendem tudo”* Md26.4.

Verifica-se, ainda, que este grupo de mães utiliza maioritariamente estratégias maternas internas. As estratégias de interacção com a criança mais utilizadas são a “Punição verbal” e a “Verbalização de ameaça”: *“Zango-me com ela. Digo-lhe que ela vai ficar pior e que depois não sei quando é que a trago do hospital. Digo-lhe que as enfermeiras vão-se zangar com ela na próxima consulta porque vão saber ver o que ela comeu”* Md26.4.

**Gráfico 8** - Principais estratégias utilizadas relativamente a problemas alimentares – Comparação entre os dois grupos



Como se pode observar no Gráfico 8, verifica-se que, independentemente da patologia, existe, num grande número de mães, um “Imperativo de resolução por focalização nas consequências negativas do problema”, quando o problema em questão é a alimentação. Ainda, em relação às semelhanças entre os dois grupos, observa-se que a estratégia mais utilizada, na resolução de problemas alimentares, é a “Transformação da situação concreta para a minimização dos custos para a criança”.

Verificam-se algumas diferenças expressivas entre os dois grupos de mães, observando-se que, comparativamente, as mães de crianças com fibrose quística usam mais frequentemente as estratégias de “Punição verbal” e “Promessa de recompensa” do que as mães de crianças com diabetes. Estas utilizam mais frequentemente a “Compreensão e empatia com a experiência da criança” e a “Verbalização de ameaça”.

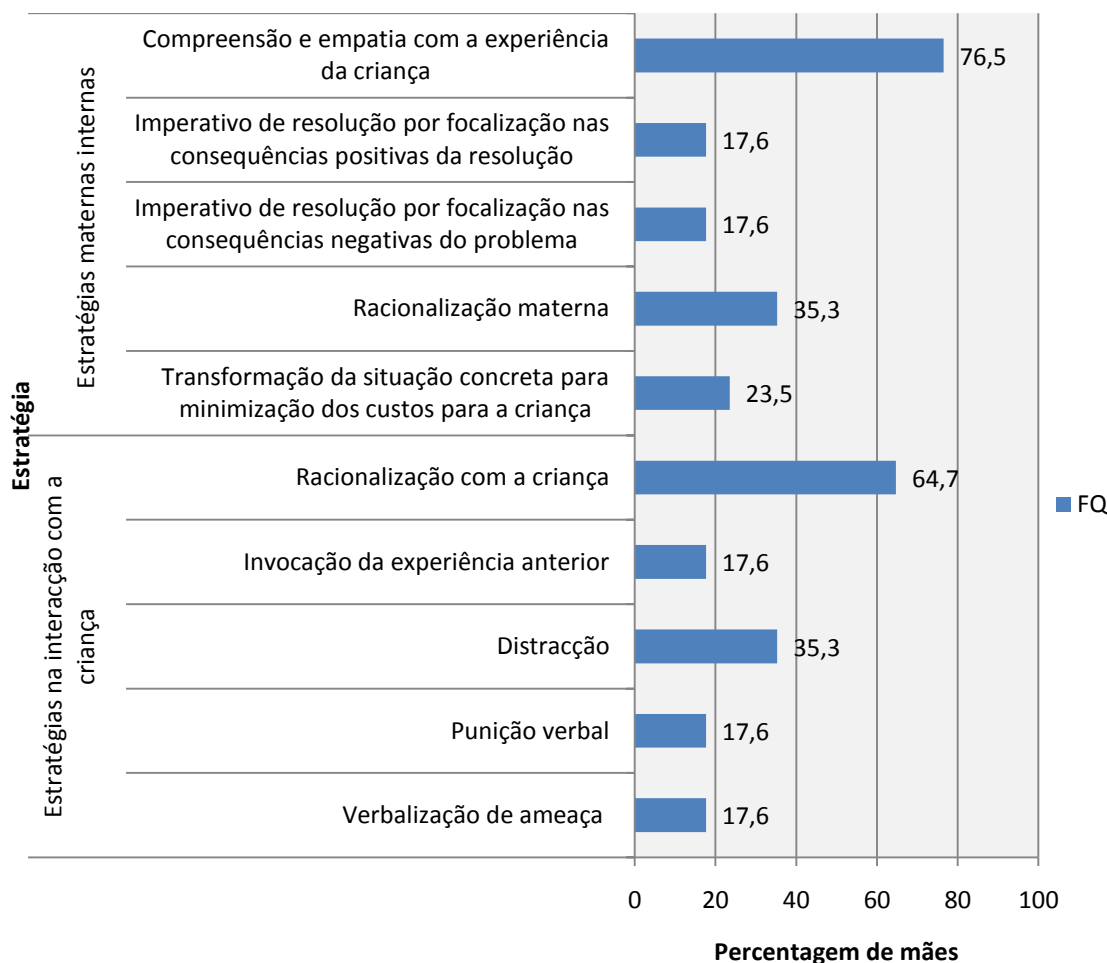
É, ainda, importante referir que as estratégias de “Imperativo de resolução por focalização nas consequências do problema” e de “Transformação da situação concreta

para a minimização dos custos para a criança” são sobretudo utilizadas na resolução da problemática em causa. Aparecendo na resolução de outros problemas, mas de forma mais residual.

A percentagem de mães que refere ceder aos desejos da criança, neste tipo de problema, é baixa representando 14,3% de mães para cada grupo.

## Q2 – c) Ansiedade em relação aos procedimentos/recusa de tratamentos

Gráfico 9 - Principais estratégias utilizadas relativamente a problema de ansiedade em relação aos procedimentos – G1



O Gráfico 9 apresenta as estratégias mais frequentemente utilizadas, pelas mães de crianças com fibrose quística, na resolução de problemas relativos à “Ansiedade em relação aos procedimentos”. A utilização da “Compreensão e empatia com a experiência da criança”, como estratégia materna interna, destaca-se com uma percentagem correspondente a 70,6% das mães que relatam este tipo de problemas. De entre as estratégias de interacção com a criança, verifica-se que a mais utilizada é a “Racionalização com a criança” (64,7%).

A “Compreensão e empatia com a experiência da criança” está, maioritariamente, associada às exigências dos procedimentos de tratamento da fibrose quística: *“É mais de manhã, é um pouco pesado porque são muitas coisas. É mais por isso. Eu*

*compreendo, ele revolta-se porque se cansa disto e porque está farto. Eu compreendo. Não é que não me preocupe mas eu compreendo” Mfq25.2.*

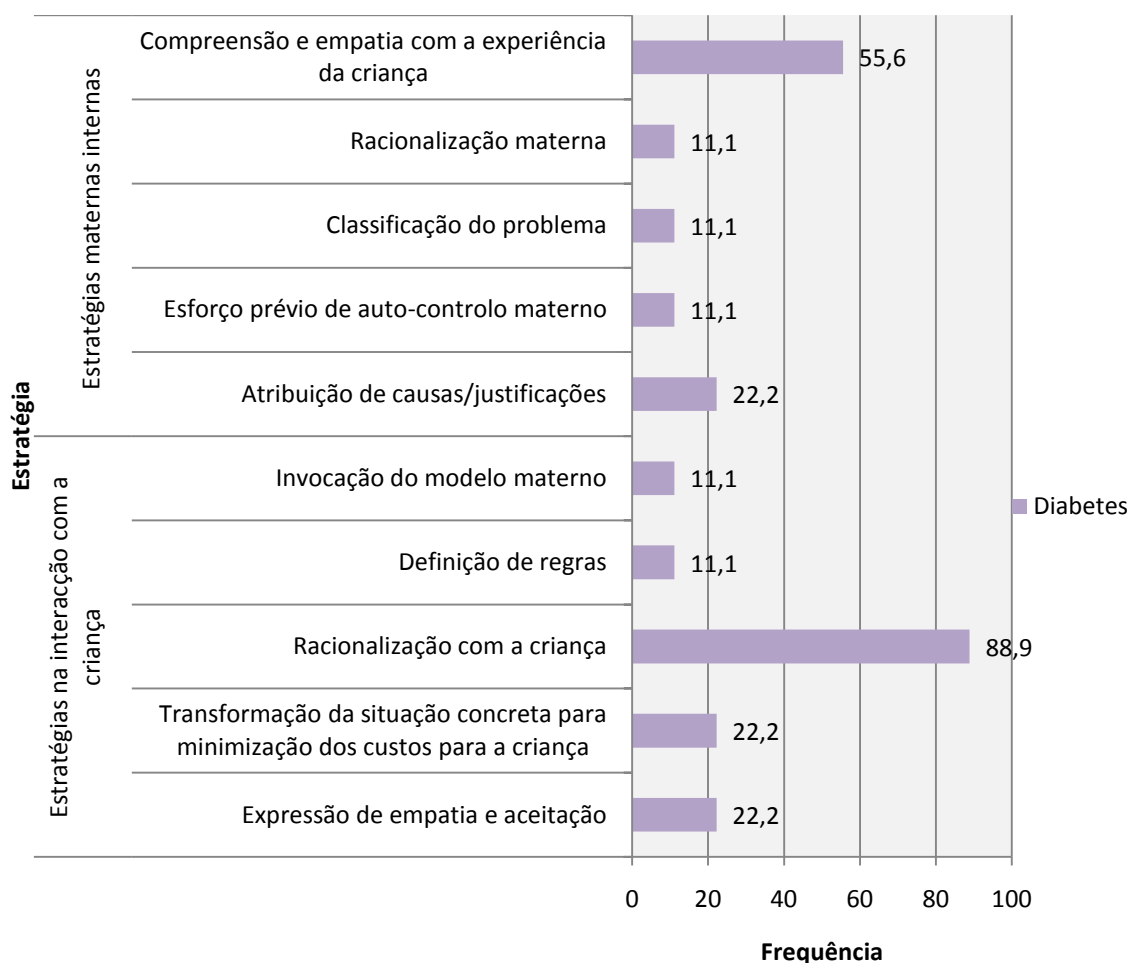
A “Racionalização com a criança” consiste, sobretudo numa enumeração de argumentos simples e positivos: *“Digo-lhe que é para ele ficar bom e mostro-lhe que ele começa logo a sentir-se melhor depois de fazer os tratamentos da manhã e ele lá deixa” Mfq3.1.*

Embora com uma percentagem mais pequena verifica-se, ainda, a utilização da “Racionalização materna” (35,5%) e da “Distracção” (35,5%): *“Penso que ele até tem alguma razão mas que é a única maneira de melhorar a sua função pulmonar e mantê-lo bem. Há coisas a que nos temos que habituar e, uma vez habituados, deixamos de sofrer tanto. Também não estamos a falar de coisas muito complicadas. Acho que há bem pior. Em relação a tratamentos diários há bem pior. Não quer dizer que eu não sinta por ele e não queira que isto melhore”* (relativamente à racionalização materna) Mfq12.1; *“Digo-lhe (...) que se ele se distrair um bocadinho já passa (...). Posso dar-lhe a mão ou distrai-lo.”* (relativamente ao uso da distração) Mfq10.1.

A percentagem de mães que refere ceder aos desejos da criança, neste tipo de problema, é baixa representando 5,9%.

## Q2 – d) Ansiedade em relação à doença

Gráfico 10 - Principais estratégias utilizadas relativamente a problema de ansiedade em relação à doença – G2



O Gráfico 10 apresenta as estratégias mais frequentemente utilizadas, pelas mães de crianças com diabetes, na resolução de problemas relativos à “Ansiedade em relação à doença”. Destaca-se a utilização da “Racionalização com a criança” com uma percentagem de 88,9%. De entre as estratégias maternas internas, verifica-se que a mais utilizada é a “Compreensão e empatia com a experiência da criança” (55,6%).

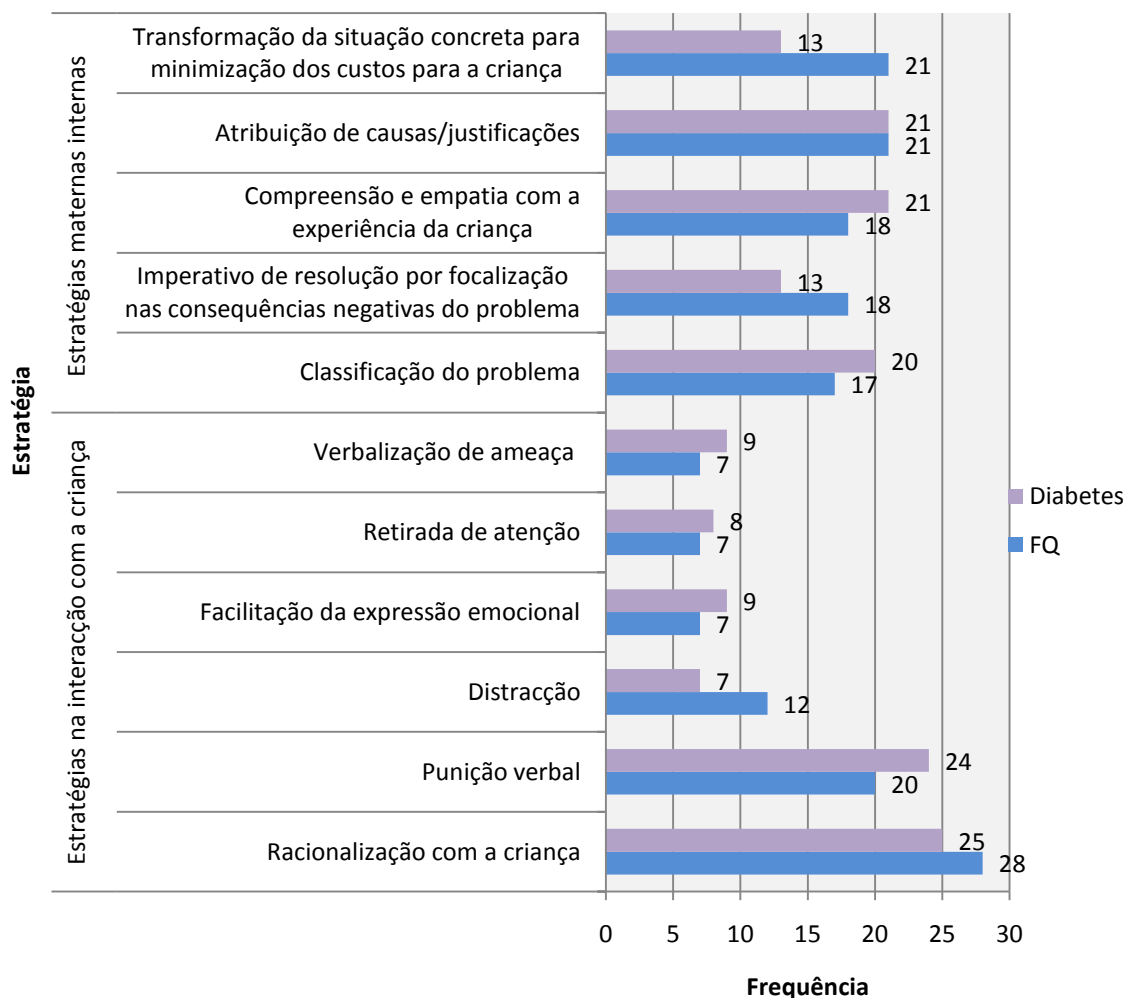
Relativamente à “Racionalização com a criança” os argumentos usados são, na sua maioria, do tipo positivo, um pouco mais complexos do que os utilizados pelas mães de crianças com fibrose quística e incidem sobretudo na promoção da esperança: *“Eu vou-lhe dizendo que está tudo a mexer e que o mais natural é que quando ela for mais velha haja já outras formas de tratamento menos aborrecidas e que ela nem vai dar conta e vai viver perfeitamente.”* Md3.1.

55,6% das mães de crianças com diabetes afirmam “Compreender e empatizar com experiência da criança”, em situações em que se verificam problemas relativos à “Ansiedade em relação à doença”. Em geral este grupo de mães afirma compreender a revolta que os seus filhos têm em relação à doença, demonstrando compreensão e empatia com a experiência emocional do filho: *“Também é natural. Eu pensava que se fosse comigo também era assim. Custa muito porque não é só uma vez e pronto. É todos os dias. Eu acredito que lhe custe muito. Eu penso: coitado, mas não há nada a fazer. Temos que o ajudar”* Md5.2.

Nenhuma mãe referiu ceder aos desejos da criança, neste tipo de problema.

**3 - Questão 3 (Q3) -** *Quais são as principais estratégias relatadas pelas mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes para resolver situações educacionais problemáticas.*

**Gráfico 11 -** Principais estratégias utilizadas - Comparação entre os dois grupos



Como se pode observar no Gráfico 11, verifica-se que, independentemente da patologia, as mães utilizam sobretudo as estratégias de “Racionalização com a criança”, “Punição verbal”, “Classificação do problema”, “Compreensão e empatia com a experiência da criança”, “Atribuições de causas/justificações”, “Transformação da situação concreta para minimização dos custos para a criança” e “Imperativo de resolução por focalização nas consequências negativas do problema.”

Embora em geral, não se verificarem diferenças expressivas entre os dois grupos de mães, verifica-se contudo que, comparativamente, as mães de crianças com fibrose quística usam mais frequentemente estratégias de “Transformação da situação concreta

para minimização dos custos para a criança” e de “Distracção” do que as mães de crianças com diabetes e apresentam um mais acentuado “Imperativo de resolução por focalização nas consequências negativas do problema”.

Verifica-se, ainda, que embora haja uma grande coincidência entre as principais estratégias utilizadas por ambos os grupos de mães, nem sempre as estratégias são utilizadas da mesma forma ou na resolução do mesmo tipo de problema, como referido na questão de investigação anterior.

**4 - Questão 4 (Q4)** – *Quais são as principais diferenças encontradas, quanto ao número de soluções gerado, entre mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes.*

**Quadro 2** - Média aritmética e desvio padrão, valores máximo e mínimo do número de soluções gerado por ambos os grupos de mães quanto à eficácia auto-avaliada.

		Média	Desvio padrão	Máximo	Mínimo
<b>Fibrose quística</b>	<b>Eficaz</b>	3,8	1,5	8	1
	<b>Não eficaz</b>	2,9	0,8	4	2
<b>Diabetes</b>	<b>Eficaz</b>	3,6	1,2	6	1
	<b>Não eficaz</b>	3,4	1,6	7	1

Como se pode observar no Quadro 2, verifica-se que não existem diferenças expressivas relativamente ao número médio de soluções enumeradas para problemas auto-avaliados como eficazes ou não eficazes.

Em ambos os grupos de mães o número médio de soluções enumeradas para problemas percebidos como resolvidos com eficácia é de  $M \approx 4$ , e para os problemas percebidos como resolvidos sem eficácia é  $M \approx 3$ .

**Quadro 3** - Média aritmética e desvio padrão, valores máximo e mínimo do número de soluções gerado por ambos os grupos de mães para os 4 principais problemas identificados.

		Média	Desvio padrão	Máximo	Mínimo
<b>Fibrose quística</b>	<b>Birras</b>	2,87	1,36	5	1
	<b>Alimentação</b>	3,86	1,42	8	2
	<b>Ansiedade em relação aos procedimentos</b>	3,94	1,43	7	2
<b>Diabetes</b>	<b>Birras</b>	3,89	1,57	7	1
	<b>Alimentação</b>	3,93	1,38	7	2
	<b>Ansiedade em relação à doença</b>	2,56	1,01	4	1

Como se pode observar no Quadro 3, verifica-se que não existem diferenças expressivas quanto ao número médio de soluções enumeradas para os quatro problemas apresentados. Verifica-se contudo que, comparativamente, o número médio de soluções enumeradas para o problema “Birras” é  $M \approx 3$  enquanto para a “Alimentação” e para a “Ansiedade relativamente aos procedimentos” é  $M \approx 4$ , isto para o grupo de mães de crianças com fibrose quística. Para o grupo de mães de crianças com diabetes verifica-se que, comparativamente, o número médio de soluções enumeradas para o problema “Ansiedade em relação à doença” é  $M \approx 3$  enquanto para a “Alimentação” e para as “Birras” é  $M \approx 4$ .

**Quadro 4** – Média aritmética e desvio padrão, valores máximo e mínimo do número de soluções gerado por ambos os grupos de mães por problema.

	<b>Fibrose quística</b>	<b>Diabetes</b>
<b>Média</b>	3,49	3,49
<b>Desvio padrão</b>	1,38	1,41
<b>Máximo</b>	8	7
<b>Mínimo</b>	1	1

Por fim, como se pode observar no Quadro 4, verifica-se que o número médio de soluções por mãe por problema é de  $M \approx 4$  soluções, não existindo diferenças relevantes quando comparados os dois grupos.

#### 4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

A presente investigação teve como objectivo principal o estudo das estratégias de resolução de problemas educacionais e de desenvolvimento relatadas pelas mães de crianças com doença crónica pediátrica, nomeadamente mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes. Segue uma perspectiva exploratória e qualitativa, e tem uma orientação construtivista-desenvolvimentista. Este objectivo e estas opções metodológicas, conduziram à definição de quatro questões de investigação, sobre as quais se reflecte e conclui nesta secção.

**Questão 1 (Q1)** – *Quais os problemas que são mais frequentemente dados como exemplo de resolução eficaz e quais os que são mais frequentemente dados como exemplo de resolução não eficaz, pelas mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes.*

As mães de ambos os grupos identificam, maioritariamente, problemas de alimentação e problemas relacionados com birras. Relativamente à área da doença, as mães de crianças com fibrose quística identificam, principalmente problemas de ansiedade em relação aos procedimentos, enquanto a maioria das mães de crianças com diabetes identificam problemas relacionados com a ansiedade em relação à doença.

Os problemas alimentares, independentemente da patologia, são mais frequentemente escolhidos para exemplificar problemas resolvidos sem eficácia. Isto verifica-se de forma mais acentuada para as mães de crianças com fibrose quística. Como foi mencionado no enquadramento teórico, a alimentação constituiu um aspecto importante em ambas as patologias, embora de formas diferentes. Na fibrose quística a qualidade alimentar e em especial a ingestão de determinados nutrientes são muito importantes para a prevenção de crises de saúde e para atrasar a evolução da doença, o que torna a alimentação uma preocupação central para estas mães. Na diabetes o problema incide sobretudo sobre a quantidade de alimentos e preferências alimentares da criança nem sempre coincidirem com as exigências da sua dieta.

As birras, a ansiedade em relação aos procedimentos e a ansiedade em relação à doença, são apresentadas, em ambos os grupos, como exemplos de problemas resolvidos mais frequentemente com eficácia.

**Questão 2 (Q2)** – *Relativamente aos problemas mais frequentemente identificados, quais as estratégias mais utilizadas pelas mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes.*

### **Q2 – a) Birra**

Verifica-se, nos dois grupos de mães, uma necessidade acentuada de atribuição de razões/causas para justificar o porquê desta problemática ocorrer nos seus filhos. As mães de ambos os grupos atribuem como principais causas a fase etária da criança e atitudes educativas mais permissivas e protectoras, devido à doença.

Ambos os grupos de mães fazem, maioritariamente, uso da estratégia de classificação do problema, que permite às mães tomarem atitudes de resolução diferentes conforme a classificação feita previamente. Ou seja, há uma tentativa por parte das mães de adaptação da resolução em função da atribuição de causalidade que fazem para o problema. Verifica-se que esta estratégia está por vezes associada a uma de diferenciação de níveis de gravidade que se observa ter os mesmos objectivos que a anterior.

Verifica-se, ainda, que esta estratégia é frequentemente acompanhada por uma cedência programada/controlada. Ou seja, muitas das mães que antes de agirem classificam e avaliam a situação, planeiam de forma programada e controlada ceder ao desejo da criança, mediante determinadas condições.

Na resolução da birra observa-se, ainda, a utilização de estratégias relacionadas com a imposição de regras/limites. Embora com algumas diferenças relativamente ao número de mães de cada grupo que utiliza cada estratégia, verifica-se neste tipo de problema uma maior frequência de utilização de estratégias disciplinadoras de imposição de regras e limites, nomeadamente a retirada de atenção e a definição de regras.

É, ainda, importante referir que a classificação do problema e o uso de estratégias relacionadas com a imposição de limites se observam quase exclusivamente na resolução desta problemática, sendo que a sua utilização noutros problemas é reduzida. Por outro lado, esta é a problemática onde se verifica a maior percentagem de cedências (programadas/controladas ou não programadas). Estas cedências são, muitas vezes, justificadas com a doença da criança (afirmando que as crianças já sofrem o suficiente) e com o cansaço materno.

Conclui-se, assim, que perante problemas comportamentais, especificamente a birra, problemas esses comuns a todas as crianças, e que não envolvem sintomas da doença ou riscos para a mesma, ambos os grupos de mães utilizam estratégias diferentes das que utilizam na resolução de problemáticas relacionadas com a doença.

Designadamente:

A classificação do problema, que pode ser considerada uma estratégia mais diferenciada, uma vez que envolve a capacidade de avaliar soluções alternativas específicas para encontrar a mais adequada à situação (N4).

A atribuição de causas/justificações que, para este problema, envolve a capacidade de coordenar diferentes perspectivas entre si (fase etária e atitudes educativas permissivas e protectoras) e por isso afigura-se também como uma estratégia de nível de desenvolvimento cognitivo mais elevado (N4).

Registe-se, ainda, a utilização de estratégias mais disciplinadoras e de imposição de limites.

## **Q2 – b) Alimentação**

Observa-se, nos dois grupos de mães, um imperativo de resolução por focalização nas consequências negativas do problema, bastante acentuado. Verifica-se que as consequências negativas relatadas relacionam-se sobretudo com o agravamento da doença. As mães de crianças com fibrose quística referem principalmente o facto de os filhos já serem magros e os problemas alimentares agravarem a situação, podendo enfraquecer a criança e piorar o seu estado. Para as mães de crianças com diabetes as consequências negativas prendem-se, principalmente, com o facto da desregulação alimentar piorar o estado da criança, alterando os valores de glucose no sangue e exigindo compensações de insulina. Algumas mães referem ainda temer que os filhos não sejam capazes de regular a sua alimentação no futuro.

Relativamente às estratégias de resolução propriamente dita, a mais frequentemente utilizada é a transformação da situação concreta para minimização dos custos para a criança. Embora se observe esta semelhança, as atitudes concretas que cada grupo de mães toma, aquando da utilização desta estratégia, é claramente diferente. Em geral as mães de crianças com fibrose quística referem atitudes como passar, modificar e disfarçar a comida, dar à boca e fazer a comida que os filhos mais gostam, enquanto as mães de crianças com diabetes referem, principalmente, atitudes como verificar os

valores de glucose e, se estiverem bons, deixá-los comer um pouco mais, ou deixá-los comer guloseimas de vez em quando.

Não obstante as dificuldades que ambas as doenças acarretam, algumas razões poderão explicar estas diferenças. Em primeiro lugar interessa lembrar algumas características próprias das doenças e em segundo lugar interessa perceber as preocupações maternas relacionadas com as consequências desses problemas e as alternativas de compensação. A fibrose quística é uma doença sem cura que implica, ainda hoje, uma redução dramática da esperança de vida. Daí que uma boa adesão aos procedimentos de tratamento e uma nutrição adequada sejam essenciais para atrasar a sua evolução e agravamento. A diabetes sendo exigente, é uma doença com melhor prognóstico e onde comportamentos pontuais de risco, desde que não muito repetidos, não acarretam riscos tão graves.

Estes resultados são coerentes com o encontrado no estudo de Santos (2007), relativamente ao confronto com a doença. Santos (2007) concluiu que as mães de crianças com fibrose quística apresentam dificuldade em pensar no futuro (afastando pensamentos que possam conduzi-las à ideia de morte prematura dos filhos). Verificou que um conjunto muito expressivo destas mães vive centrado no presente, em especial nas rotinas ou actividades do dia-a-dia. Enquanto na diabetes, que não implica necessariamente a morte da criança, as mães centram-se prioritariamente na programação e manutenção de rotinas e é-lhes mais fácil a relativização da situação da criança. Assim sendo, um número elevado de mães utiliza estratégias que passam pela gestão do tratamento, a sua integração nas rotinas familiares e a normalização do funcionamento familiar.

Conclui-se, assim, que a diferença entre as duas doenças, relativa à possibilidade de morte prematura e à consciência das mães de criança com fibrose quística da diminuição da esperança de vida da criança e da importância que a alimentação têm no atraso da evolução e agravamento da mesma, leva a que se verifiquem diferenças expressivas entre os dois grupos de mães quanto à resolução de problemas alimentares.

Designadamente:

A transformação da situação concreta, embora utilizada pelos dois grupos de mães, é claramente diferente quanto às atitudes concretas tomadas. As atitudes das mães de crianças com fibrose quística são pouco flexíveis e elaboradas e são, sobretudo, implementadas por ensaios sucessivos e podem ser, portanto, consideradas menos

diferenciadas (N2). As atitudes das mães de crianças com diabetes parecem evidenciar uma preocupação com a preparação da criança para o futuro, que passa pela aprendizagem de rotinas, o que pode ser considerado como característico de um nível de desenvolvimento cognitivo mais elevado.

### **Q2 – c) Ansiedade em relação aos procedimentos/recusa de tratamentos**

A ansiedade em relação aos procedimentos observa-se, como já foi referido, essencialmente no grupo de mães de crianças com fibrose quística.

Verifica-se que um número expressivo de mães refere compreender e empatizar com a experiência da criança, quando o problema em causa é a ansiedade relativamente a procedimentos. Face à quantidade de fármacos que a criança deve ingerir às refeições, o tempo que deve ser dispendido na realização de procedimentos, e tendo em atenção que a maior parte das situações se trata de crianças pequenas que não conseguem, ainda, avaliar a importância do tratamento, estes problemas são vistos pelas mães como expectáveis e compreensíveis.

Relativamente à estratégia de resolução propriamente dita, verifica-se que uma grande parte das mães utiliza a estratégia de racionalização com a criança. Os argumentos utilizados por este grupo de mães são essencialmente do tipo positivo e são em geral simples, incidindo sobretudo em afirmações do tipo “é para ficares bom”. As idades das crianças com fibrose quística são ligeiramente mais baixas, o que parece levar as mães a optar por argumentos não muito elaborados para ir ao encontro do nível de desenvolvimento da criança e a sua capacidade de compreensão.

### **Q2 – d) Ansiedade em relação à doença**

Verifica-se uma semelhança, quanto às estratégias utilizadas na resolução de problemas relacionados com a ansiedade em relação aos procedimentos e a ansiedade em relação à doença, nas mães de crianças com fibrose quística e com diabetes, respectivamente.

Ou seja, também se observa nas mães de crianças com diabetes a compreensão e empatia com a experiência da criança. Neste grupo de mães a compreensão e empatia dirige-se sobretudo à revolta e vontade expressa pela criança, de que o problema (doença) acabe. Tendo em consideração o facto de que esta doença exige algumas alterações de rotina diária de forma continuada e que a maioria das crianças deste grupo

(por serem ligeiramente mais velhas e saberem que sofrem de uma doença crónica) tem consciência dessas condicionantes, estes problemas são vistos pelas mães como expectáveis e compreensíveis.

Relativamente à estratégia de resolução propriamente dita, verifica-se que a esmagadora maioria destas mães utiliza a estratégia de racionalização. Os argumentos usados são, na sua maioria, do tipo positivo mas um pouco mais complexos do que os utilizados pelas mães de crianças com fibrose quística e incidem sobretudo no sentido de promover a esperança. O que não será de estranhar se se tiver em atenção que estas crianças são ligeiramente mais velhas e têm, na sua maioria, consciência da doença de que sofrem.

### **Questão 2 - Conclusão geral**

Conclui-se que diferentes problemáticas levam à utilização de diferentes estratégias de resolução de problemas. Sendo que para o problema onde a focalização nas consequências negativas é maior, a alimentação, as estratégias utilizadas são em geral menos diferenciadas. Para a problemática das birras, que por ser comum a todas as crianças e não envolver sintomas nem riscos para a doença pode ser considerada como a que desencadeia menores níveis de stress, as estratégias utilizadas são em geral mais diferenciadas.

São diversos os estudos (Emmerich, 1969 e Maccoby, 1980 cit. por Robinson, Drotar, & Boutry, 2001; Vasta, 1982 cit. por Dix, 1991; Patterson, 1982 e Forgatch & Wieder, 1982 cit. por Patterson, 1982) que postulam que as emoções negativas, nomeadamente o *distress*, níveis elevados de stress diário e níveis elevados de irritabilidade, perturbam a capacidade parental de resolução de problemas.

O estudo de Fehrenbach & Peterson (1989), anteriormente referido, avaliou as competências parentais de resolução de problemas de 30 pais de crianças com fenilcetonúria e concluiu que sob stress, a qualidade de soluções geradas pelos pais diminuiu.

Contudo, não se postula neste estudo, que a capacidade parental de resolução de problemas esteja diminuída, quando se observa a utilização de estratégias menos flexíveis e diferenciadas. Seguindo uma perspectiva construtivista-desenvolvimentista, lê-se a utilização de tais estratégias como podendo ser adaptadas mediante as características específicas da situação em causa. Como Santos (2007) afirma “*na realidade, muitas vezes, as exigências impostas pela doença podem mesmo levar a que atitudes parentais possam*

*ser mais adequadas no caso em que a criança tem uma doença, do que nos casos em que a criança é saudável”* (pp. 64). A autora refere os problemas alimentares nas crianças com fibrose quística como exemplo deste tipo de situações e afirma que *“nestes casos, a adoção de atitudes de maior vigilância e de menor tolerância em relação a comportamentos alimentares de risco, fazem parte integrante do tratamento da criança, são desejáveis, e até necessários”* (pp.64).

Conclui-se, ainda, que as diferenças nas características inerentes a cada doença, também levam à utilização de estratégias diferentes. Este facto será discutido seguidamente.

**Questão 3 (Q3)** - *Quais são as principais estratégias relatadas pelas mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes para resolver situações educacionais problemáticas.*

Ambos os grupos de mães referem utilizar, maioritariamente, estratégias de racionalização com a criança, punição verbal, classificação do problema, atribuição de causas/justificações, compreensão e empatia com a experiência da criança, transformação da situação concreta para minimização dos custos para a criança e imperativo de resolução por focalização nas consequências negativas do problema.

Relativamente às semelhanças, verifica-se que a maior parte das estratégias utilizadas são estratégias maternas internas, verificando-se a utilização reduzida de estratégias disciplinadoras de imposição de regras limites. Este dado parece estar de acordo com o estudo de Ievers, et al. (1994) que verificou que mães de crianças com fibrose quística e diabetes diferiam de mães de crianças saudáveis, relativamente às estratégias parentais utilizadas, na imposição de limites. Sendo que o grupo de mães de crianças com doença crónica impõe menos limites que o grupo de controlo. Os autores apresentam como razões para estes dados, o facto de as mães de crianças com doença crónica poderem ter, simplesmente, menos tempo para a imposição de limites, uma vez que se focam principalmente no assegurar de que os filhos tenham uma boa adesão aos regimes de tratamento.

Apesar das semelhanças encontradas, verificou-se que nem sempre as estratégias são utilizadas para resolver o mesmo tipo de problemas, como foi discutido anteriormente. Mas verifica-se também a existência de algumas diferenças entre os dois grupos de mães, independentemente do problema.

Observa-se que, comparativamente, as mães de crianças com fibrose quística usam mais frequentemente estratégias de “Transformação da situação concreta para minimização dos custos para a criança” e de “Distracção” do que as mães de crianças com diabetes e focam-se de forma mais acentuada nas consequências negativas da problemática como ímpeto para resolver o problema. Verificando-se também que, como referido anteriormente, utilizam em geral estratégias menos diferenciadas, relativamente a problemas desencadeadores de maior stress – problemas alimentares.

É importante discutir estes factos à luz de vários factores, nomeadamente as diferenças entre as doenças, os focos centrais de atenção/preocupação materna e o confronto efectivo com problemas/sintomas físicos.

Relativamente às diferenças entre as doenças, já foram anteriormente, e extensamente discutidas as diferenças relativamente à esperança de vida entre as duas doenças.

Quanto aos focos centrais de atenção/preocupação materna, referindo as conclusões do estudo de Santos (2007) existe uma dominância das preocupações centradas nas crises de saúde e na possibilidade de morte da criança nas mães de crianças com fibrose quística, que não só têm consciência da vulnerabilidade dos filhos em relação a infecções, como sabem que cada crise torna a criança mais resistente a antibióticos e deteriora, irreversivelmente, o funcionamento pulmonar.

No caso das mães de crianças com diabetes as preocupações centram-se sobretudo no tratamento. Para estas, o comportamento alimentar do filho e a sua responsabilização pelo tratamento são determinantes no controlo metabólico e, em consequência, da prevenção das complicações crónicas associadas à doença.

Existe neste caso da fibrose quística um imperativo de resolução focado nas consequências negativas da doença muito marcado, onde o importante é conseguir que a criança faça o tratamento e se alimente de forma adequada, e a atitude é, em geral, menos planeada. Isto é verdadeiro principalmente para as problemáticas relacionadas com a doença, onde neste caso se inclui a alimentação. Estes factos são coerentes com os achados de Santos (2007) relativamente ao confronto efectivo com problemas/sintomas físicos, onde se verifica uma atitude mais impulsiva por parte deste grupo de mães que recorre com frequência ao apoio dos especialistas sem qualquer tempo de verificação do sintoma.

Com referência às conclusões do estudo de Santos (2007), relativas à análise desenvolvimentista, é importante destacar o seguinte:

- (a) Quanto aos atributos da doença, especificamente, relativamente às consequências, verifica-se uma diferença expressiva entre os dois grupos de mães, sendo que os níveis mais baixos são mais utilizados pelas mães de crianças com fibrose quística (especialmente o nível 2). *“Estas mães centram-se sobretudo de forma rígida em aspectos muito concretos, estabelecendo uma relação directa de causa – efeito entre a doença e as consequências, tendo*

*dificuldade em ponderar outros aspectos que possam influenciar, ou possam vir a alterar essas problemáticas” (pp. 459).*

- (b) Relativamente ao “confronto efectivo com problemas/sintomas da doença”, verifica-se que metade das mães de crianças com fibrose quística utiliza níveis menos flexíveis de significação (N1 e N2) e um grupo elevado de mães de crianças com diabetes, utiliza o nível mais racional (N4).

Os resultados do presente estudo, parecem ser convergentes com estas conclusões.

**Questão 4 (Q4)** – *Quais são as principais diferenças encontradas, quanto ao número de soluções gerado, entre mães de crianças com fibrose quística ou com diabetes.*

Não se verificam diferenças expressivas, quando comparados os dois grupos de mães quanto ao número de soluções enumeradas. Quando se compara o número de soluções relativamente às 4 problemáticas mais identificadas, as diferenças encontradas são pequenas.

Relativamente ao número de soluções para problemas auto-avaliados como eficazes ou não eficazes, verifica-se que não existem diferenças muito evidentes quando comparados os dois grupos. Verifica-se uma ligeira diferença quando se compara a eficácia auto-avaliada, sendo que o número médio de soluções é ligeiramente mais elevado em problemas considerados resolvidos com eficácia. Embora esta diferença seja pequena, estes dados estão de acordo com o modelo de resolução de problemas sociais de D'Zurilla & Goldfried (1971) que postula que a enumeração de um maior número de soluções aumenta a probabilidade de encontrar a melhor solução.

Vários são os estudos que se basearam no número de soluções enumeradas para extrapolar sobre a capacidade parental de resolver problemas (Hansen, Pallotta, Tishelman, Conaway, & MacMillan, 1989; Azar, Robinson, Hekimian, & Twentyman, 1984; Fehrenbach & Peterson, 1989; Robinson, Drotar, Boutry, 2001). Os autores destes vários estudos postularam que um menor número de soluções enumeradas é indicativo de uma menor criatividade e por consequência de uma menor capacidade de fazer um “brainstorming” de soluções, o que limita a sua capacidade de conceber a solução mais eficaz.

O facto de, no presente estudo, não terem sido encontradas diferenças expressivas quanto ao número de soluções, pode ser explicado à luz de algumas limitações. Nomeadamente, as perguntas utilizadas na entrevista semi-estruturada são do tipo aberto e pouco directivo, o que por um lado permitiu uma recolha de dados extremamente rica, mas por outro não permitiu que se especificasse um determinado assunto em particular. Assim para que a análise relativa ao número de soluções pudesse ganhar consistência seria necessária a utilização de perguntas um pouco mais directivas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com respeito a possíveis limitações e consequentes modificações/melhorias apontam-se como as mais importantes: (a) o facto da entrevista semi-estruturada, com perguntas do tipo aberto e pouco directivo, ter possivelmente deixado passar algumas informações que poderiam ter sido alvo de questionamento mais directo e que possibilitariam entendimento mais aprofundado das significações maternas relativamente à resolução de problemáticas educativas e de desenvolvimento; (b) refira-se, no entanto, que apesar de não ter sido a autora deste estudo a realizar as entrevistas, pode ter facilitado a imparcialidade aquando da análise categorial.

Face a estas limitações sugere-se o interesse de considerar, em futuros estudos, factores/condições, como a idade materna, o nível de educação, a experiência anterior com crianças, o envolvimento com o emprego e o apoio recebido no dia-a-dia. Factores que se verificaram em estudos anteriores, mediadores da capacidade parental de resolução de problemas (Pridham & Chang, 1992).

Um outro aspecto que poderá enriquecer uma investigação similar será a ampliação da investigação às situações clínicas mais severas, que colocam problemas graves e muito específicos. Como sugerido em estudos anteriores, referentes à doença crónica na criança (e.g. Fehrenbach & Peterson, 1989), sob maiores níveis de stress a qualidade de soluções geradas diminuiu e consequentemente verifica-se uma menor capacidade de resolução de problemas. Assim sendo será de esperar que em estudos que abranjam situações clínicas mais severas, a capacidade de resolução de problemas de altere e isso seja visível em estratégias educativas diferentes das encontradas no presente estudo.

Por fim, a inclusão de múltiplos informantes, como é o caso de profissionais de saúde e/ou de educadores/professores, também seria extremamente enriquecedor. Tais estudos permitiriam verificar, por exemplo, se a percepção, dos informantes acima referidos, sobre as práticas educativas dos pais corresponde à realidade. Estudos anteriores (Gerhardt, et al., 2003) que incluíram tais informantes, nomeadamente os médicos, verificaram algumas discrepâncias entre a percepção do médico e as práticas educativas dos pais.

Relativamente às contribuições e implicações práticas deste estudo no acompanhamento das mães e das famílias de crianças com doença crónica destacam-se as seguintes:

Uma contribuição, mais geral, prende-se com o facto de o presente estudo contribuir para que os pais de crianças com doença crónica sejam auxiliados a lidar com

o dia-a-dia de uma criança que, além de apresentar necessidades próprias do seu desenvolvimento, que implicam muitas vezes a busca de autonomia e a resistência à autoridade parental, enquanto atendem às exigências de adesão a um regime de tratamento.

A realização de programas educativos que adequem as crenças dos profissionais de saúde à realidade da parentalidade de uma criança com doença crónica poderá ser um caminho. Este tipo de programa teria como principal objectivo a minimização de percepções erróneas sobre a forma como os pais de crianças com doença crónica encaram e resolvem os problemas educacionais e de desenvolvimento dos seus filhos. Através do aumento do conhecimento dos profissionais de saúde, relativamente aos problemas educativos das crianças e à forma como os pais os resolvem, permitirá uma resposta por parte destes profissionais mais adequada.

Uma vez que se verificou uma alteração na capacidade de resolução de problemas em situações que desencadeiam maiores níveis de stress, verificando-se a utilização de estratégias menos flexíveis e diferenciadas, e que estudos anteriores têm apontado para o facto das práticas parentais serem afectadas por situações de doença mais severas (Gerhardt, et al., 2003), poderá ser importante que profissionais de saúde e psicólogos estejam atentos a este tipo de situação, identificando-as e facilitando, posteriormente, a ajuda a estes pais.

Por fim, este estudo contribui, ainda, para a noção de que o desenvolvimento/aumento nas competências maternas, também é importante. Este aumento deverá ser resultado de uma promoção do desenvolvimento materno, que inclua competências específicas de tratamento, mas, igualmente, reforços da sua autoconfiança e autonomia.

## 6 BIBLIOGRAFIA

- Allen, D. A., Tennen, H., McGrade, B. J., Affleck, G., & Ratzan, S. (1983). Parent and Child Perceptions of the Management of Juvenile Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 8, 129-141.
- Associação Nacional de Fibrose Quística (ANFQ). (2005). *Apifarma/ Associações de doentes - Notas de uma Parceria (VIII)*.
- Azar, S. T., Robinson, D. R., Hekimian, E., & Twentyman, C. T. (1984). Unrealistic expectations and problem-solving ability in maltreating and comparison mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 687-69.
- Barakat, L. P., & Kazak, A. E. (1999). Family Issues. In R. T. Brown, *Cognitive aspects of chronic illness in children* (pp. 333-354). New York: The Guilford Press.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Barros, L. (1992). Intervenção desenvolvimentista para mães de bebés de risco. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Lisboa.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica. Perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L., & Santos, M. C. (2006). Significações sobre parentalidade e bons-cuidados: como pensam os pais? In M. Taborda, M. S. Machado, M. V. Dias, & L. N. Lima (Edits.), *Psicologia do desenvolvimento: temas de investigação* (pp. 95-115). Coimbra: Almedina.
- Carey, L. K., Nicholson, B. C., & Fox, R. A. (2002). Maternal Factors Related to Parenting Young Children with. *Journal of Pediatric Nursing*, 17, 174-183.
- Cennar, S. (1986). Anxiety and Problem-solving Ability in Mothers of Premature Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 15, 160-164.
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin*, 110, 3-25.

- Dorman, J. S., McCarthy, B. J., O'Leary, L. A., & Koehler, A. N. (1995). Risk Factors for Insulin-Dependent Diabetes. In M. I. Harris, C. C. Cowie, M. P. Stern, E. J. Boyko, G. E. Reiber, & P. H. Bennett, *Diabetes in America* (2<sup>a</sup> ed., pp. 165-178). Washington, DC, U.S.: NIH Publication.
- Dowson, B., Armas, A. d., McGrath, M. L., & Kelly, J. A. (1986). Cognitive problem-solving training to improve the child-care judgment of child neglectful parents. *Journal of Family and Violence* , 1, 209-221.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology* , 78, 107-126.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2006). *Problem-solving therapy: a positive approach to clinical intervention*. New York: Springer Publishing Company.
- Epstein, L. H., Paluch, R. A., Gordy, C. C., Saelens, B. E., & Ernst, M. M. (2000). Problem solving in the treatment of childhood obesity. *Journal of Consulting and Clinic Psychology* , 68, 717-721.
- Fehrenbach, A. M., & Peterson, L. (1989). Parental Problem-Solving Skills, Stress, and Dietary Compliance in Phenylketonuria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 57, 237-241.
- Fertig, B. J., Simmons, D. A., & Martin, D. B. (1995). Therapy for Diabetes. In M. I. Harris, C. C. Cowie, M. P. Stern, E. J. Boyko, G. E. Reiber, & P. H. Bennett, *Diabetes in America* (2<sup>a</sup> ed., pp. 519-540). Washington, DC, U.S.: NIH Publication.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação – Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gerhardt, C. A., Vannatta, K., McKellop, J. M., Taylor, J., Passo, M., Reiter-Purtill, J., et al. (2003). Brief Report: Child-Rearing Practices of Caregivers With and Without a Child With Juvenile Rheumatoid Arthritis: Perspectives of Caregivers and Professionals. *Journal of Pediatric Psychology* , 28, 275-279.
- Giles, D. C. (2002). *Advanced Research methods in psychology*. New York: Routledge.

- Given, L. M. (Ed.). (2008). *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods*. United States of America: SAGE Publications, Inc.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Graves, T., Meyers, A. W., & Clark, L. (1988). An evaluation of parental problem-solving training in the behavioral treatment of childhood obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 56, 246-250.
- Hansen, D. J., Pallotta, G. M., Christopher, J. S., Conaway, R. L., & Lundquist, L. M. (1995). The parental problem-solving measure: further evaluation with maltreating and nonmaltreating parents. *Journal of Family Violence* , 10, 319-336.
- Hansen, D. J., Pallotta, G. M., Tishelman, A. C., Conaway, L. P., & MacMillan, V. M. (1989). Parental problem-solving skills and child behavior problems: A comparison of physically abusive, neglectful, clinic, and community families. *Journal of Family Violence* , 4, 353-368.
- Hart, C. N., & Drotar, D. (2006). Maternal knowledge of nutrition, problem-solving abilities and the introduction of complementary foods into infants' diets. *Early Child Development and care* , 176, 693-705.
- Ievers, C. E., Drotar, D., Dahms, W. T., Doershuk, C. F., & Stern, R. C. (1994). Maternal child-rearing behavior in three groups: cystic fibrosis, insulin-dependent diabetes mellitus, and healthy children. *Journal of pediatric psychology* , 19, 681-687.
- Iobst, E. A., Alderfer, M. A., Sahler, O. J., Askins, M. A., Fairclough, D. L., Katz, E. R., et al. (2009). Brief Report: Problem Solving and Maternal Distress at the Time of a Child's Diagnosis of Cancer in Two-Parent Versus Lone-Parent Households. *Journal of Pediatric Psychology* , 34, 817–821.
- Janicke, D. M., Mitchell, M. J., & Stark, L. J. (2005). Family Functioning in School-Age Children With Cystic Fibrosis: An Observational Assessment of Family Interactions in the Mealtime Environment. *Journal of Pediatric Psychology* , 30, 179-186.

- Kedesdy, J. H., & Budd, K. S. (1998). *Childhood feeding disorders: Biobehavioral assessment and intervention*. Baltimore: Paul Brookes.
- Kordonouri, T. D. (2007). What is so different about diabetes in children? *Diabetes Voice* , 52, 16-19.
- Kucia, C., Drotar, D., Doershuk, C. F., Stern, R. C., Boat, T. F., & Matthews, L. (1979). Home Observation of Family Interaction and Childhood Adjustment to Cystic Fibrosis. *Journal of Pediatric Psychology* , 4, 189-195.
- MacMilla, V. M., Guevremont, D. C., & Hasen, D. J. (1988). Problem-solving training with a multiply distressed abusive and neglectful mother: effects on social insularity, negative affect, and stress. *Journal of Family Violence* , 3, 313-326.
- Marah, M. (2010). Pseudo-Bartter as an initial presentation of cystic fibrosis. A case report and review of the literature. *Eastern Mediterranean Health Journal* , 16, 699-701.
- Mednick, L., Gargollo, P., Oliva, M., Grant, R., & Borer, J. (2009). Stress and Coping of Parents of Young Children Diagnosed With Bladder Exstrophy. *The Journal of Urology* , 181, 1312-1317.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1988). *Problem-solving therapy for depression: theory, research, and clinical guidelines*. United States of America: John Wiley & Sons, Inc.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Pridham, K. F., & Chang, A. S. (1992). Transition to being the mother of a new infant in the first 3 months: maternal problem solving and self-appraisals. *Journal of Advanced Nursing* , 17, 204-216.
- Pridham, K., Denney, N., Pascoe, J., Chiu, Y.-M., & Creasey, D. (1995). Mothers' Solutions to Childrearing Problems: Conditions and Processes. *Journal of Marriage and Family* , 57, 785-799.

- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Trajectos, Gradiva.
- Robinson, J. R., Drotar, D., & Boutry, M. (2001). Problem-solving abilities among mothers of infants with failure to thrive. *Journal of Pediatric Psychology* , 26, 21-32.
- Robinson, J. R., Drotar, D., & Boutry, M. (2001). Problem-Solving abilities among mothers of infants with failure to thrive. *Journal of Pediatric Psychology* , 26, 21-32.
- Rosenstein, B. J. (2010). Fibrose Cística. In C. Gispert, J. Gay, & J. A. Vidal (Edits.), *Manual Merck. Saúde para a família*. (2 ed.). Oceano Grupo Editorial, S.A.
- Sahler, O. J., Fairclough, D. L., Mulhern, S. P., Dolgin, M. J., Noll, R. B., Katz, E. R., et al. (2005). Using Problem-Solving Skills Training to Reduce Negative Affectivity in Mothers of Children With Newly Diagnosed Cancer: Report of a Multisite Randomized Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 73, 272–283.
- Santos, M. C. (1997). Estudo de uma intervenção desenvolvimentista com mães de crianças com cardiopatia congénita. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Área de Psicoterapia e Psicologia de Saúde. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Lisboa .
- Santos, M. (2007). Vivência subjectiva da doença em mães de crianças com fibrose quística e com diabetes : estudo desenvolvimentista. Dissertação de Douturamento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Lisboa .
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. United States of America: SAGE Publications, Inc.
- Torpy, J. M., Lynn, C., & Glass, R. M. (2009). Cystic Fibrosis. *JAMA* , 302, 1130.
- Unwin, N., Whiting, D., Gan, D., Jacqmain, O., & Ghyoot, G. (Edits.). (2009). *International Diabetes Federation Diabetes Atlas* (4 ed.). Brussels: IDF.

WHO. (19 de Junho de 2002). The molecular genetic epidemiology of cystic fibrosis. *Report of a joint meeting of WHO/ECFTN/ICF(M)A/ECFS* , pp. 1-24.

World Health Organization (WHO). (Novembro de 2009). *Fact sheet N°312* .

Wysocki, T., Iannotti, R., Weissberg-Benchell, J., Laffel, L., Hood, K., Anderson, B., et al. (2008). Diabetes Problem Solving by Youths with Type 1 Diabetes and their Caregivers: Measurement, Validation, and Longitudinal Associations with Glycemic Control. *Journal of Pediatric Psychology* , 33, 875–884.

## **ANEXOS**

---

## **ANEXO I**

---

***IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS – Lista de problemas; Cartões***

## **LISTA DE POTENCIAIS PROBLEMAS**

### **Área Comportamental**

- Birras
- Desobediência
- Respostas agressivas
- Desinteresse escolar

### **Área do Dia-a-dia**

- Problemas alimentares
- Problemas de sono

### **Área Emocional e Relacional**

- Tristeza sem razão aparente
- Dificuldades de relacionamento
- Perda de energia para actividades sociais

### **Área da Doença**

- Mostra ansiedade em relação aos sintomas da doença
- Mostra ansiedade ou recusa de tratamento
- Mostra ansiedade em relação à doença

DESOBEDIÊNCIA

RESPOSTAS AGRESSIVAS

BIRRAS

PROBLEMAS ALIMENTARES

- Recusa alimentar
- Excesso alimentar
- Exclusivamente alimentação não saudável

NÃO EMPENHO ESCOLAR

- Não estuda
- Não quer ir à escola

PROBLEMAS DE SONO

- Insónia
- Hipersónia
- Pesadelos

ANEXO I – Identificação de problemas

TRISTEZA SEM RAZÃO APARENTE

ANSIEDADE EM RELAÇÃO AOS  
SINTOMAS

DIFICULDADES DE  
RELACIONAMENTO

ANSIEDADE EM RELAÇÃO AO  
TRATAMENTO

RECUSA DE TRATAMENTO

- Tomar medicamentos
- Em seguir procedimentos de tratamento

PERDA DE ENERGIA PARA  
ACTIVIDADES SOCIAIS

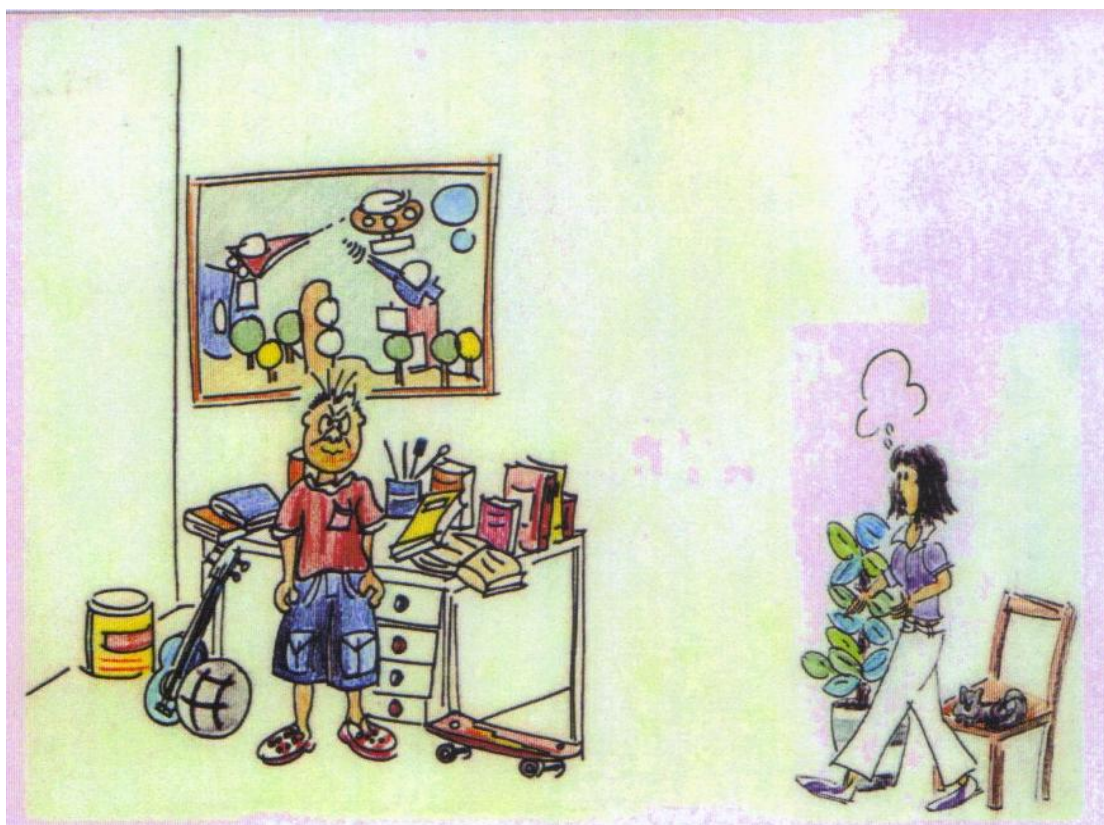
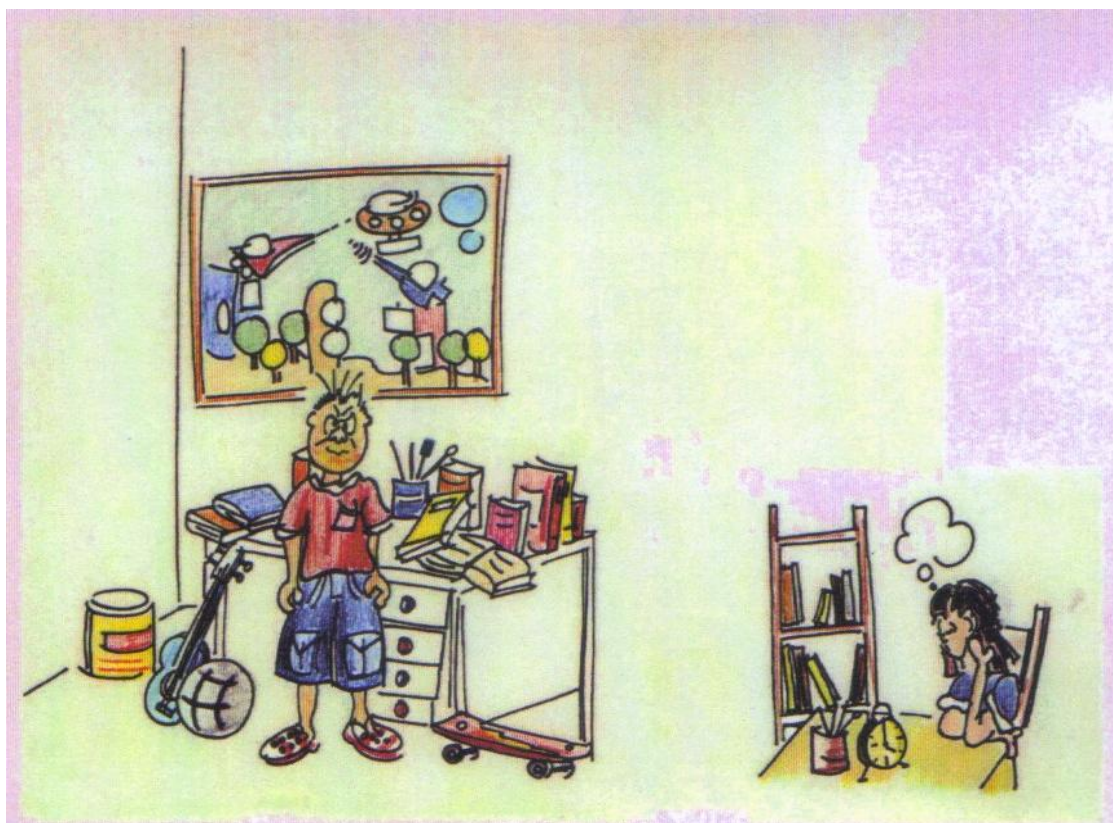
ANSIEDADE EM RELAÇÃO À  
DOENÇA

## **ANEXO II**

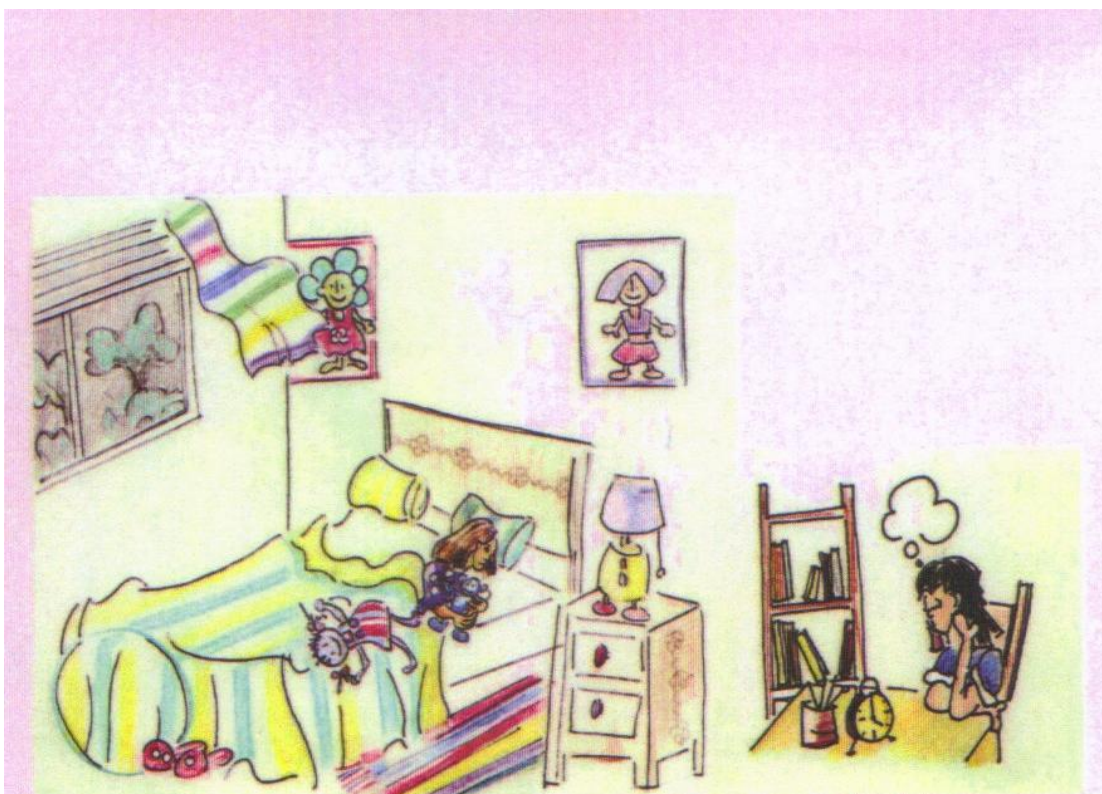
---

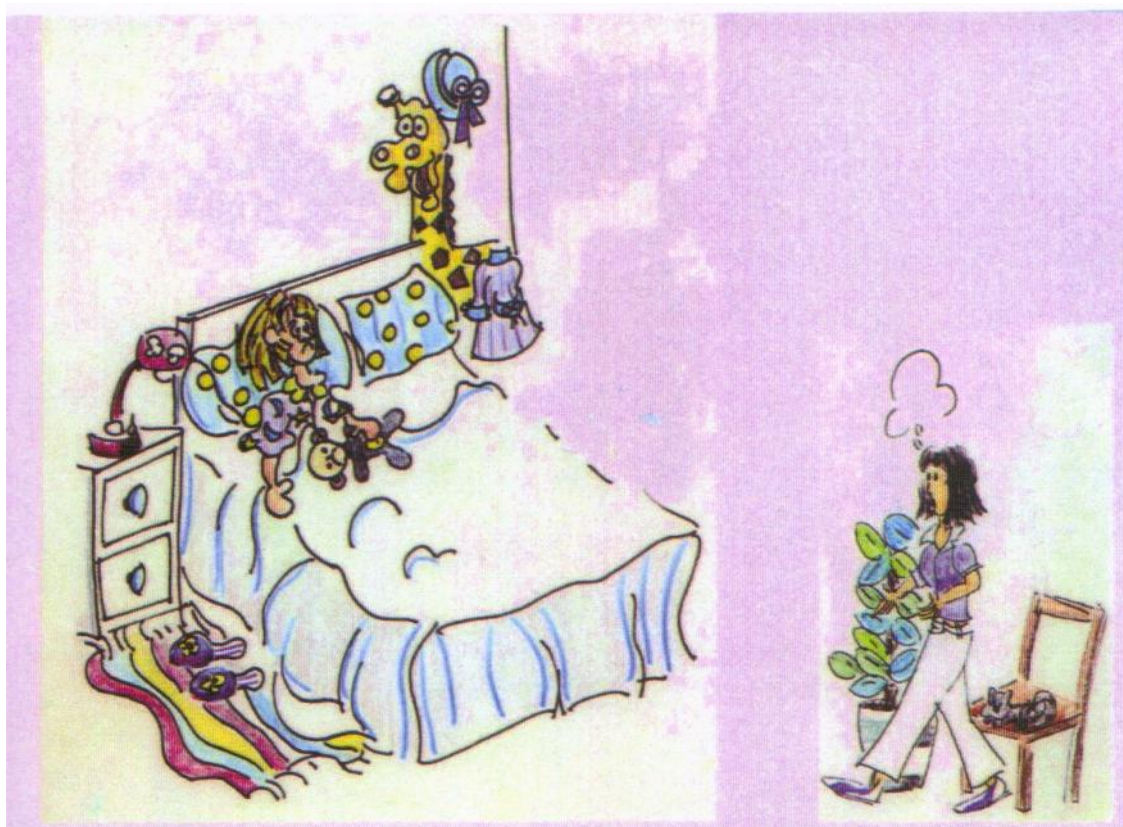
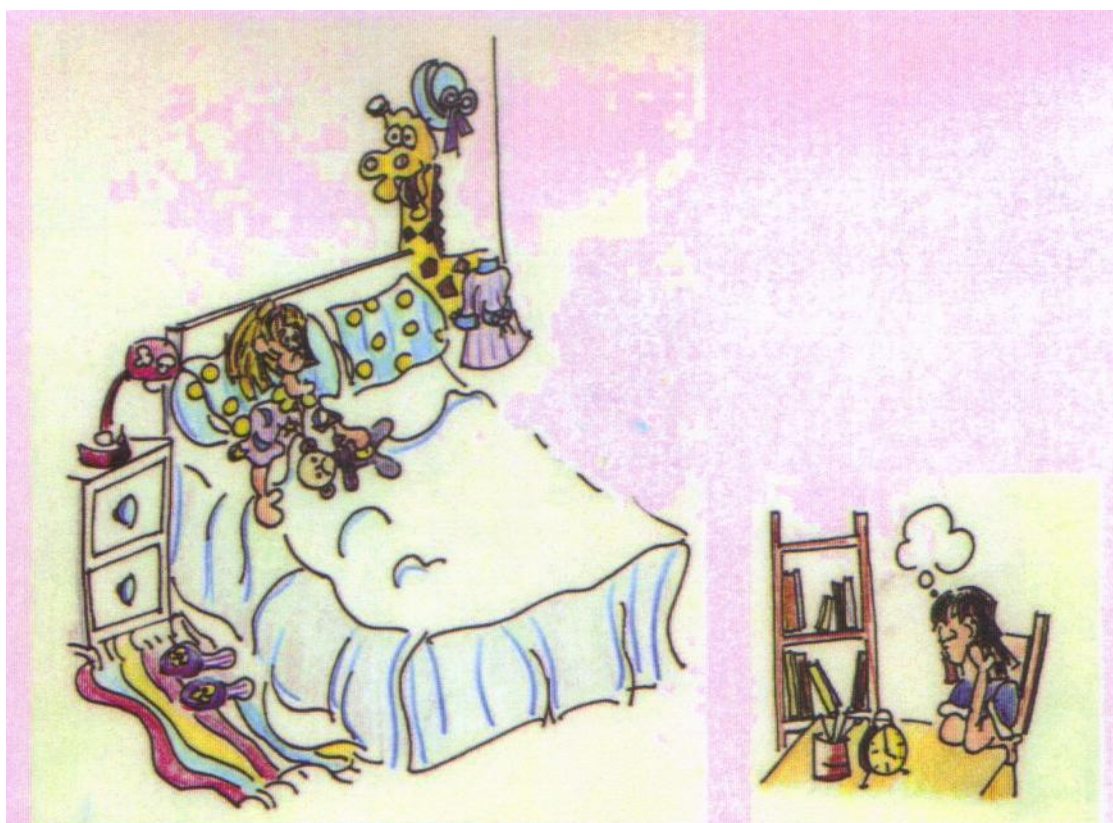
### ***IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS – Placas***

ANEXO II – Identificação de problemas - Placas

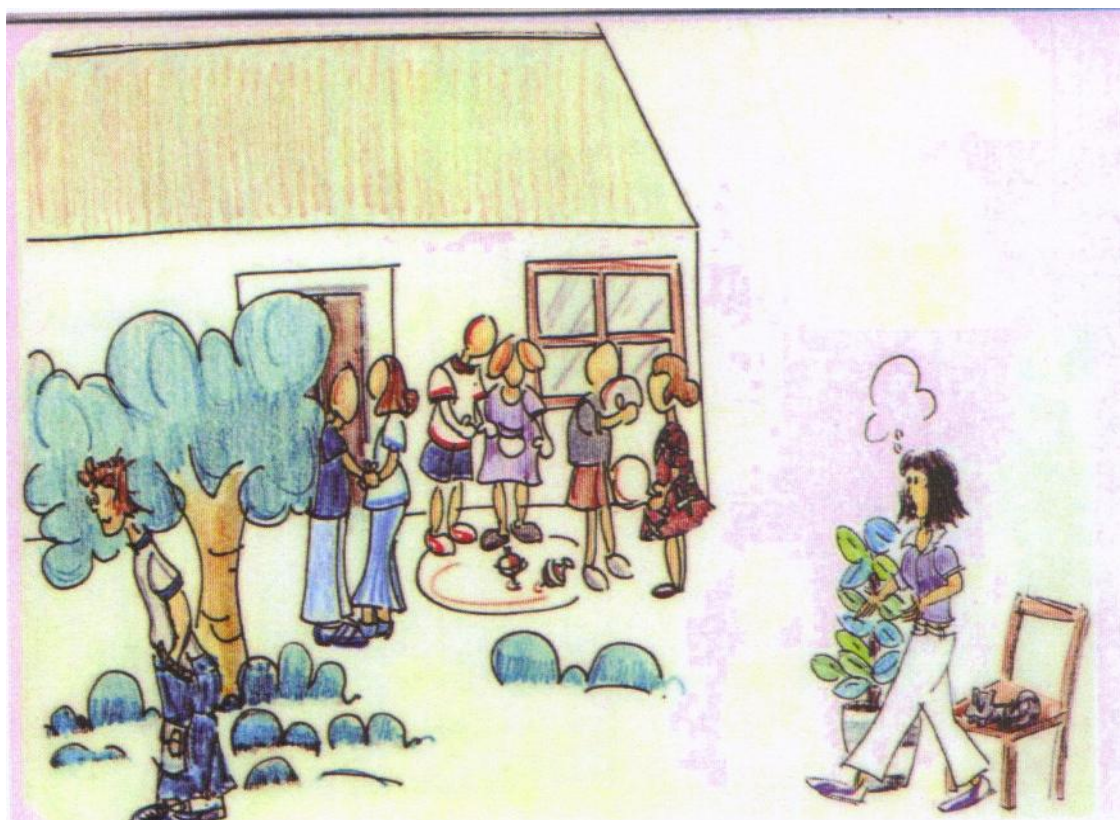


ANEXO II – Identificação de problemas – Placas

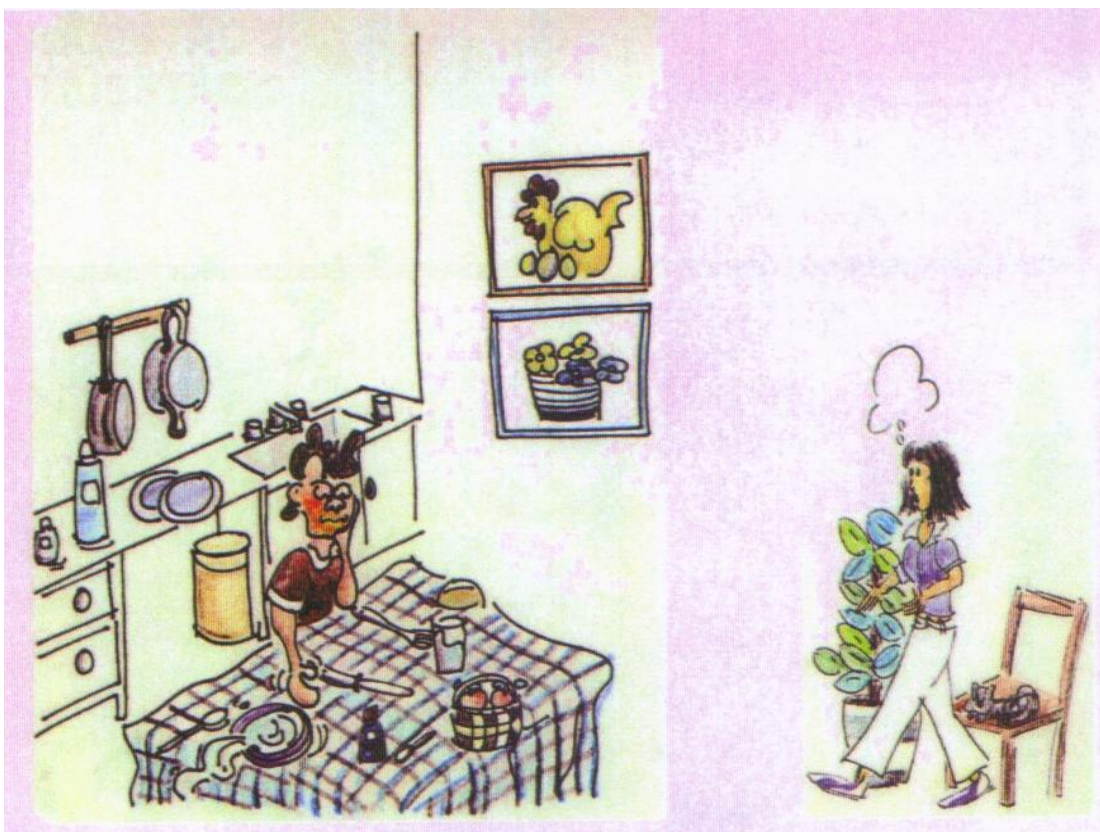




ANEXO II – Identificação de problemas – Placas



ANEXO II – Identificação de problemas – Placas



## **ANEXO III**

---

***CATEGORIAS OBTIDAS ATRAVÉS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO - Descrições***

## **LISTA DE CATEGORIAS OBTIDAS ATRAVÉS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO E RESPECTIVAS DESCRIÇÕES**

### **ESTRATÉGIAS MATERNAS INTERNAS (Pensamento/explicação da mãe):**

*Imperativo de resolução por focalização nas consequências negativas do problema* – sempre que a mãe refere a necessidade premente de resolver o problema para evitar consequências negativas.

*Imperativo de resolução por focalização nas consequências positivas da resolução* - sempre que a mãe refere a necessidade premente de resolver o problema para alcançar consequências positivas.

*Atribuição de causas/justificações* – sempre que a mãe refere atribuição de causas/justificações ao problema, antes ou em vez de qualquer resolução.

*Classificação do problema* – sempre que a mãe refere a avaliação/tentativa de avaliação da origem, causa, razão do problema para posteriormente optar por uma solução.

*Diferenciação de níveis de gravidade do problema* – sempre que a mãe refere fazer uma avaliação da gravidade da problemática para seleccionar uma solução em função desses níveis diferenciados.

*Esforço prévio de auto-controlo materno* – sempre que a mãe refere manter a calma antes de qualquer outra atitude.

*Valorização da passagem do tempo como eventual solução (wishfull thinking)* – sempre que a mãe refere acreditar que a passagem do tempo, ou o crescimento da criança fará com que o problema desapareça ou diminua.

*Compreensão e empatia com a experiência da criança* – sempre que a mãe exprime compreender a experiência emocional da criança.

*Racionalização materna* – sempre que a mãe invoca motivos ou explicações como forma de justificar a aceitação de determinada solução ou como forma de se motivar para agir de determinada forma.

***Recurso à autoridade médica (ou de outro profissional)*** – sempre que a mãe refere que para resolver o problema recorre à opinião ou conselho do médico ou de outro profissional.

***Rotinização de uma solução*** – sempre que a mãe refere utilizar várias vezes uma mesma estratégia, que é integrada na rotina de cuidados, para a resolução de determinado problema.

***Transformação da situação concreta para minimização dos custos para a criança*** – sempre que a mãe refere agir directa e concretamente de forma a tornar a situação menos exigente ou aversiva para a criança

### **ESTRATÉGIAS DE INTERACÇÃO COM A CRIANÇA:**

***Facilitação da expressão emocional*** – sempre que a mãe refere que utiliza alguma estratégia para ajudar a criança a exprimir os seus sentimentos, como forma de contribuir para a solução do problema

***Expressão de empatia e aceitação*** – sempre que a mãe refere utilizar atitudes ou verbalizações que transmitem à criança compreensão e aceitação dos seus sentimentos

***Racionalização com a criança*** – sempre que a mãe refere invocar motivos ou explicações como forma de levar a criança a agir de determinada forma e assim resolver o problema.

***Verbalização de ameaça*** – sempre que a mãe refere invocar as consequências da não obediência de forma ameaçadora, como forma de levar a criança a agir de determinada forma e assim resolver o problema.

***Punição verbal*** – sempre que a mãe refere repreender e demonstrar desaprovação frente ao comportamento da criança, como forma de levar a criança a agir de determinada forma e assim resolver o problema.

***Ameaça de punição comportamental*** – sempre que a mãe refere avisar a criança que será punida se não obedecer, como forma de levar a criança a agir de determinada forma e assim resolver o problema.

***Punição comportamental*** – sempre que a mãe refere punir a criança, seja através da retirada de privilégios/castigos ou pela punição física, como forma de levar a criança a agir de determinada forma e assim resolver o problema.

***Retirada de atenção*** – sempre que a mãe refere ignorar o comportamento inadequado, como forma de levar a criança a agir de determinada forma e assim resolver o problema.

***Definição de regras*** – sempre que a mãe refere definir regras e limites, como estratégia que contribui para a resolução do problema.

***Promessa de recompensa*** – sempre que a mãe refere que promete recompensar a criança pelo cumprimento/adesão do que lhe foi solicitado levar a criança a agir de determinada forma e assim resolver o problema.

***Imposição da autoridade materna*** - sempre que a mãe refere impor e exigir obediência fazendo uso da sua autoridade.

***Invocação da autoridade médica (ou de outro profissional)*** - sempre que a mãe refere invocar a autoridade médica (ou de outro profissional) anterior, como forma de levar a criança a agir de determinada forma e assim resolver o problema.

***Invocação da experiência anterior*** - sempre que a mãe refere invocar a experiência anterior, como forma de ajudar a criança a motivar-se para agir de determinada maneira ou de diminuir o sofrimento/perturbação da criança.

***Distracção*** - sempre que a mãe refere tentar desviar o foco de atenção da criança para algo que não seja o problema, como forma de resolver o problema.

***Compromisso*** - sempre que a mãe refere que estabelece algum compromisso entre os desejos da criança e a necessidade de tratamento, de forma a facilitar o tratamento da criança.

***Controlo de estímulos*** - sempre que a mãe refere que controla estímulos ambientais de forma a modificar ou controlar o comportamento da criança.

***Programação de actividades*** - sempre que a mãe refere programar uma sequência de comportamentos para ajudar a criança a cumprir as tarefas diárias, como forma de resolução do problema.

### ANEXO III – Categorias e respectivas descrições

***Expressão de sentimentos maternos negativos como forma de controlo comportamental*** - sempre que a mãe refere exprimir sentimentos negativos de desilusão, tristeza, etc, como forma de controlar o comportamento da criança

***Esforço de “normalização” dos sintomas e consequências da doença*** - sempre que a mãe refere que utiliza argumentos para explicar à criança que os seus sintomas ou as consequências da doença não são muito graves, ou muito diferentes do que outras crianças têm de enfrentar

***Cedência aos desejos da criança*** – sempre que a mãe refere ceder à vontade da criança, ao desistir de exigir o cumprimento/adesão do que solicitou.

## **ANEXO IV**

---

### ***QUADRO RESUMO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO***

ANEXO IV – Quadro resumo da análise de conteúdo

<b>ESTRATÉGIAS MATERNAS INTERNAS</b> (Pensamento/explicação da mãe):		
<b>Categoria</b>	<b>Exemplo</b>	<b>Frequência</b>
<b>Classificação do problema</b>	<i>“Eu acho que a mãe tem que pensar porque é que aquilo está a acontecer. Uma criança pode ser desobediente por muitas razões e temos que analisar e ver o que está por trás disso.”</i>	Md1.1; Md1.2; Md2.1; Md2.2; Md3.1; Md4.3; Md6.1; Md7.1; Md8.1; Md9.2; Md10.1; Md13.1; Md14.1; Md19.2; Md20.1; Md24.2; Md25.1; Md25.3; Md27.4; Md29.4; Mfq1.2; Mfq2.1; Mfq4.1; Mfq5.1; Mfq6.1; Mfq10.2; Mfq11.1; Mfq15.1; Mfq15.2; Mfq17.1; Mfq20.1; Mfq22.1; Mfq22.2; Mfq24.1; Mfq26.1; Mfq27.1; Mfq28.1
<b>Diferenciação dos níveis de gravidade do problema</b>	<i>“Pode não comer bem um dia ou dois, ou comer melhor uma refeição e pior outra mas se o problema acontece durante algum tempo (1 semana) eu acho que tem de se ter mais cuidado. Ela é um bocado assim. Também acho que pode não ser só do apetite pode estar aborrecida ou até não gostar da comida e depois diz que não tem fome e não quer comer. Às vezes acho que é um pouco de manha também. Como qualquer criança.”</i>	Md1.1; Md29.4; Mfq2.1; Mfq4.1; Mfq1.2; Mfq5.1; Mfq15.1
<b>Atribuição de causas/justificações</b>	<i>“Penso que a doença a pôs assim, mas não foi só a doença, fomos nós que a mimamos e ela também é uma criança com vontades muito fortes e não deixa.”</i>	Md5.1; Md6.1; Md6.2; Md7.1; Md8.1; Md9.1; Md11.3; Md12.3; Md14.1; Md14.3; Md16.3; Md22.1; Md21.1; Md24.2; Md25.1; Md25.4; Md26.3; Md27.4; Md28.3; Md30.1; Md30.2; Mfq5.3; Mfq8.3; Mfq9.1; Mfq9.3; Mfq10.2; Mfq11.1; Mfq14.3; Mfq15.2; Mfq16.2; Mfq17.1; Mfq17.2; Mfq18.1; Mfq18.3; Mfq19.3; Mfq21.1; Mfq21.2; Mfq24.2; Mfq26.1; Mfq28.1; Mfq29.2; Mfq30.1
<b>Esforço prévio de auto-controlo materno</b>	<i>“O que tento fazer é manter-me calma.”</i>	Md10.1; Md20.1; Md21.1; Md22.1; Md22.2; Md25.3; Mfq1.2; Mfq10.1; Mfq14.1; Mfq15.1; Mfq17.1; Mfq21.1; Mfq29.1

ANEXO IV – Quadro resumo da análise de conteúdo

<p><b>Racionalização materna</b></p>	<p><i>“Penso que ele tem alguma razão porque é muito aborrecido todos os dias e que era bom que não fosse assim mas que para ele se sentir melhor tem mesmo que ser e não se pode fazer disso um drama ainda pior.”</i></p>	<p>Md6.3; Md16.1; Md26.1; Mfq3.1; Mfq6.2; Mfq10.1; Mfq10.4; Mfq12.2; Mfq16.2; Mfq20.2; Mfq20.3</p>
<p><b>Imperativo de resolução por focalização nas consequências negativas do problema</b></p>	<p><i>“Penso que ele tem que comer mesmo porque pode piorar.”</i></p>	<p>Md1.1; Md2.3; Md4.4; Md6.3; Md9.3; Md10.2; Md10.1; Md10.3; Md11.3; Md13.4; Md18.3; Md18.4; Md19.3; Md21.3; Md28.1; Mfq1.4; Mfq3.2; Mfq5.2; Mfq8.2; Mfq9.2; Mfq9.4; Mfq10.3; Mfq12.3; Mfq12.4; Mfq14.2; Mfq15.3; Mfq16.3; Mfq20.4; Mfq17.2; Mfq19.1; Mfq21.2; Mfq25.1; Mfq26.3</p>
<p><b>Imperativo de resolução por focalização nas consequências positivas do problema</b></p>	<p><i>“Penso que ela tem que comer bem porque tem que ser mais forte para se sentir melhor e não ter tantas infecções.”</i></p>	<p>Mfq2.1; Mfq8.1; Mfq11.2; Mfq12.2; Mfq16.2; Mfq18.2; Mfq25.2</p>
<p><b>Valorização da passagem do tempo como eventual solução (wishfull thinking)</b></p>	<p><i>“Mas acho que vai passar, que é só uma fase. Acho que ela vai aprender a importância deles devagarinho.”</i></p>	<p>Md2.2; Md6.1; Md24.2; Mfq2.2; Mfq14.1</p>
<p><b>Compreensão e empatia com a experiência da criança</b></p>	<p><i>“Eu compreendo que ela se sinta assim. Eu também não gostava que os outros pudessem comer as guloseimas todas que há para aí, que são muitas, e eu nada.”</i></p>	<p>Md1.1; Md1.2; Md3.1; Md4.3; Md5.2; Md5.3; Md5.4; Md8.2; Md9.3; Md11.3; Md13.4; Md14.3; Md17.3; Md19.1; Md21.1; Md25.1; Md25.3; Md25.4; Md26.1; Md26.4; Md27.1; Mfq1.1; Mfq2.2; Mfq3.1; Mfq6.1; Mfq6.2; Mfq7.1; Mfq8.2; Mfq12.1; Mfq12.2; Mfq14.1; Mfq15.1; Mfq19.4; Mfq20.2; Mfq21.3; Mfq25.2; Mfq26.1; Mfq26.2; Mfq30.3</p>

ANEXO IV – Quadro resumo da análise de conteúdo

<p><b>Recurso à autoridade médica (ou de outro profissional)</b></p>	<p><i>“Eu telefono. Com febre, telefono. Seja lá como for. Eu penso logo que algo pode correr mal. Foi o que disseram e fico mais descansada. Mesmo que não tenha nada mas mais vale isso que depois... Resolvo logo e pronto, não fico preocupada mais!”</i></p>	<p>Md7.2; Md9.2; Md16.3; Mfq5.1; Mfq14.2; Mfq15.3; Mfq25.1; Mfq29.1</p>
<p><b>Rotinização de uma solução</b></p>	<p><i>“Já sei que tenho que telefonar ao médico por causa do antibiótico. Ele dá e normalmente o meu filho fica melhor. Eu aprendi a fazer as coisas e sinto que as sei fazer.”</i></p>	<p>Md7.2; Md26.1; Md26.4; Mfq1.2; Mfq29.1</p>
<p><b>Transformação da situação concreta para minimização dos custos para a criança</b></p>	<p><i>“Vou buscar outros alimentos, levo-lhe o prato onde ele estiver, dou-lhe a comida na boca.”</i></p>	<p>Md1.2; Md4.4; Md5.4; Md13.4; Md14.3; Md16.1; Md18.3; Md19.1; Md25.4; Md26.1; Md26.4; Md29.4; Md30.2; Mfq2.1; Mfq9.1; Mfq10.1; Mfq3.2; Mfq4.1; Mfq5.2; Mfq8.1; Mfq9.4; Mfq10.3; Mfq11.2; Mfq12.4; Mfq15.1; Mfq15.3; Mfq16.2; Mfq17.2; Mfq18.2; Mfq19.1; Mfq20.2; Mfq20.4; Mfq21.2; Mfq16.3</p>
<p><b>ESTRATÉGIAS NA INTERACÇÃO COM A CRIANÇA:</b></p>		
<p><b>Categoria</b></p>	<p><b>Exemplo</b></p>	<p><b>Frequência</b></p>
<p><b>Racionalização com a criança</b></p>	<p><i>“Digo-lhe que se ela se quer sentir bem tem que tomar aquilo e que não é assim tão dramático.”</i></p>	<p>Md1.1; Md2.3; Md3.1; Md5.2; Md6.2; Md7.2; Md8.2; Md9.3; Md13.2; Md17.3; Md19.2; Md19.4; Md21.1; Md21.3; Md22.1; Md22.2; Md24.1; Md24.2; Md25.3; Md26.1; Md27.3; Md28.2; Md28.3; Md30.2; Md27.1; Mfq1.1; Mfq2.1; Mfq2.2; Mfq3.1; Mfq3.2; Mfq6.1; Mfq6.2; Mfq7.1; Mfq8.2; Mfq8.3; Mfq10.1; Mfq10.2; Mfq10.4; Mfq11.3; Mfq12.1; Mfq12.2; Mfq15.1; Mfq15.2; Mfq19.2; Mfq20.1; Mfq21.1; Mfq21.2; Mfq24.1; Mfq25.1; Mfq25.2; Mfq26.2; Mfq26.3; Mfq30.3</p>

ANEXO IV – Quadro resumo da análise de conteúdo

<p><b>Facilitação da expressão emocional</b></p>	<p><i>“Tento falar com ele e perguntar-lhe se há alguma forma de aquilo se resolver, se há algo que possa ajudar.”</i></p>	<p>Md2.2; Md9.2; Md10.1; Md11.3; Md13.1; Md19.2; Md20.1; Md27.4; Md29.3; Mfq1.4; Mfq4.1; Mfq19.2; Mfq20.1; Mfq24.1; Mfq25.1; Mfq27.1</p>
<p><b>Expressão de empatia e aceitação</b></p>	<p><i>“Olhe eu às vezes digo-lhe mesmo que realmente aquilo é uma chatice muito chata...”</i></p>	<p>Md13.1; Md17.3; Md28.2; Mfq7.1</p>
<p><b>Verbalização de ameaça</b></p>	<p><i>“Digo-lhe que ela vai ficar pior e que depois não sei quando é que a trago do hospital.”</i></p>	<p>Md5.4; Md7.1; Md10.3; Md10.4; Md16.3; Md19.3; Md25.4; Md26.3; Md26.4; Mfq1.3; Mfq9.2; Mfq18.1; Mfq20.2; Mfq21.2; Mfq21.3; Mfq29.2</p>
<p><b>Punição verbal</b></p>	<p><i>“Mas também me zango e lhe ralho. Se com a desobediência vem a mentira posso mesmo ficar muito zangada.”</i></p>	<p>Md1.1; Md2.1; Md4.3; Md5.1; Md5.3; Md6.1; Md6.3; Md7.1; Md10.3; Md10.4; Md11.3; Md11.4; Md12.3; Md14.1; Md16.3; Md19.3; Md20.1; Md21.3; Md22.2; Md25.3; Md25.4; Md26.4; Md28.1; Md30.1; Mfq1.3; Mfq2.1; Mfq3.2; Mfq8.2; Mfq10.3; Mfq11.2; Mfq14.1; Mfq14.2; Mfq14.3; Mfq15.2; Mfq17.2; Mfq19.1; Mfq19.3; Mfq20.4; Mfq21.2; Mfq21.3; Mfq28.1; Mfq28.2; Mfq29.2; Mfq30.1</p>
<p><b>Ameaça de punição comportamental</b></p>	<p><i>“Digo-lhe que ela tem que obedecer, que tem que fazer o que lhe mandam se não eu castigo-a a sério, não lhe deixo ver a televisão (que ela já gosta) ou não saio com ela.”</i></p>	<p>Mfq5.3; Mfq14.3; Mfq18.1; Mfq28.2; Mfq29.2</p>
<p><b>Punição comportamental</b></p>	<p><i>“Eu falo com ele e castigo-o. Digo-lhe, por exemplo, que não pode usar o computador ou outra coisa.”</i></p>	<p>Md16.3; Md28.1; Mfq1.3; Mfq12.3; Mfq24.2; Mfq30.1</p>
<p><b>Promessa de recompensa</b></p>	<p><i>“Às vezes prometo-lhe que lhe dou algo que ele quer.”</i></p>	<p>Md8.2; Md19.1; Mfq1.3; Mfq9.3; Mfq9.4; Mfq10.3; Mfq15.3; Mfq20.3; Mfq28.1</p>

ANEXO IV – Quadro resumo da análise de conteúdo

<p><b>Imposição da autoridade materna</b></p>	<p><i>“Começo a dizer-lhe que tem que ser assim e que ele tem que obedecer.”</i></p>	<p>Md8.1; Md18.3; Md25.1; Mfq10.2; Mfq11.1; Mfq11.2; Mfq16.3; Mfq18.1; Mfq19.4; Mfq30.1;</p>
<p><b>Retirada de atenção</b></p>	<p><i>“Durante muito tempo tentávamos fazer o que ele queria mas agora o que eu faço é deixa-lo fazer a suas birras e nem ligo, até que ele se acalma, ele tem agora que aprender que com birras não consegue nada.”</i></p>	<p>Md2.1; Md5.1; Md6.1; Md9.1; Md10.1; Md10.2; Md22.1; Md24.2; Mfq8.3; Mfq16.1; Mfq17.1; Mfq18.3; Mfq24.1; Mfq26.1; Mfq30.2</p>
<p><b>Definição de regras</b></p>	<p><i>“Às vezes lá lhe dou um pouco mais mas ele tem que saber que não pode ser. Ele alimenta-se bem e é bom que se habitue que pode comer, sim, e pode comer um pouco mais mas não sempre.”</i></p>	<p>Md1.2; Md9.1; Md10.2; Md12.3; Md14.3; Md30.2; Mfq17.1; Mfq21.1; Mfq26.1; Mfq28.1</p>
<p><b>Programação de tarefas</b></p>	<p><i>“Às vezes nem lhe deixo ver a tv antes de fazer os deveres e ela lá faz.”</i></p>	<p>Md6.2</p>
<p><b>Distracção</b></p>	<p><i>“Quando não quer digo-lhe que como com ela. Que vamos fazer um desafio ou, então, contamos as colheres.”</i></p>	<p>Md1.2; Md2.2; Md8.2; Md18.3; Md18.4; Md19.1; Md25.1; Mfq2.1; Mfq4.1; Mfq6.2; Mfq7.1; Mfq8.1; Mfq9.1; Mfq10.1; Mfq14.1; Mfq16.2; Mfq17.2; Mfq22.2; Mfq25.2</p>
<p><b>Invocação da autoridade médica (ou de outro profissional)</b></p>	<p><i>“Digo-lhe logo que se ela quer ter uma vida como os outros, e brincar como os outros, que ela tem que fazer aquilo que os médicos a mandam. Que não somos nós que queremos. Que é o médico que sabe muito bem o que ela tem, que para ela viver bem tem que seguir o que eles dizem.”</i></p>	<p>Md5.4; Md21.3; Md26.3; Md26.4; Mfq3.2; Mfq8.2; Mfq21.3; Mfq29.2</p>
<p><b>Invocação da experiência anterior</b></p>	<p><i>“Ela sabe porque às vezes dói-lhe a barriga e ela não gosta. Acho que essa experiência de ter dores de barriga lá vai ajudando.”</i></p>	<p>Md25.4; Mfq6.2; Mfq14.1; Mfq20.2</p>

ANEXO IV – Quadro resumo da análise de conteúdo

<p><b>Invocação do modelo materno</b></p>	<p><i>“Digo-lhe que eu também tomo quando é preciso e que depois de tomar já passa e que ele toma há já muito tempo.”</i></p>	<p>Md24.1; Mfq1.1; Mfq2.1</p>
<p><b>Controlo de estímulos</b></p>	<p><i>“Eu tento não ter em casa as coisas que lhe fazem mal mas ela só quer aquilo.”</i></p>	<p>Md6.3; Md13.4</p>
<p><b>Compromisso</b></p>	<p><i>“Há mesmo uma maior (insulina) que é a ama que lhe dá porque com ela, ela aceita mais.”</i></p>	<p>Md26.1</p>
<p><b>Expressão de sentimentos maternos negativos</b></p>	<p><i>“E digo-lhe que estou muito triste com ela e que estou à espera que ela peça desculpa.”</i></p>	<p>Md11.4; Md22.2; Md28.1; Mfq14.1; Mfq28.2</p>
<p><b>Esforço de “normalização” dos sintomas e consequências da doença</b></p>	<p><i>“Eu o que faço é dizer-lhe que os outros também têm outras coisas.”</i></p>	<p>Mfq10.4; Mfq11.3</p>
<p><b>Cedência aos desejos da criança</b></p>	<p><i>“Eu sei que acabo por me deixar ir e fazer o que ela quer, mas ela tem tanto não é?”</i></p>	<p>Md2.3; Md4.3; Md5.3; Md11.3; Md25.3; Md25.4; Mfq1.4; Mfq5.3; Mfq8.3; Mfq14.2; Mfq18.3; Mfq19.4; Mfq22.2; Mfq28.2; Md2.1; Md4.3; Md6.1; Md8.1; Md25.3; Mfq22.1; Mfq27.1</p>

## **ANEXO V**

---

*ANÁLISE DE CONTEÚDO – Mães de crianças com fibrose quística*

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

CÓDIGO	PROBLEMA	SIGNIFICAÇÕES RELATIVAS AO PROBLEMA	SIGNIFICAÇÕES RELATIVAS À RESOLUÇÃO	CATEGORIAS
Mfq1.1	1. Recusa a tomar medicamentos	“Penso que é normal porque ele toma muitos. Tenho pena dele mas também sei que tem que ser e não há muito a fazer. É melhorar a situação o mais que se pode”.	“Digo-lhe que eu também tomo quando é preciso e que depois de tomar já passa e que ele toma há já muito tempo. Já está habituado e não pode fazer daquilo uma confusão tão grande. É só um pouco e não assim tão grave”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Racionalização c/ a criança Invocação do modelo materno
Mfq1.2	2. Estado febril	“Fico preocupada mas acontece. Começo a pensar que é mais uma vez que acontece e o que poderá ser. Claro que me vem logo à cabeça que podem ser mais umas bactérias daquelas que são difíceis de resolver mas também pode ser uma coisa menos grave como têm todos os miúdos. Sou sincera e fico mais preocupada do que se ele não tivesse a doença que tem mas tento acalmar-me”.	“Já sei que tenho que telefonar ao médico por causa do antibiótico. Ele dá e normalmente o meu filho fica melhor. Eu aprendi a fazer as coisas e sinto que as sei fazer. Até mesmo se for um pouco mais complicado, com custo mas lá vou fazendo”.	Classificação do problema Diferenciação dos níveis de gravidade do problema Esforço de controlo materno Rotinização de uma solução
Mfq1.3	3. Alimentação	“Penso que se ele não come pode ficar mais fraco e isso é mau para ele. Estas crianças não podem estar mais fracas porque adoecem mais, já muito fracos são eles”.	“Zango-me muito e digo que ele vai ficar pior se não come. Às vezes prometo-lhe que lhe dou algo que ele quer mas nem sempre dá resultado”.	Imperativo de resolução por centração nas consequências negativas Punição verbal Verbalização de ameaça Promessa de recompensa
Mfq1.4	4. Birras	“Penso que ele está bem mas que não fica bem (agravar a doença) com a birra. Ele pode estar chateado com alguma coisa. Ele fica muito nervoso quando tem birras e isso. Eu acho que o pode piorar, eu acho que ele fica pior quando se enerva, eu acho que ele até fica com falta de ar”. “Não nunca teve assim falta de ar, mas eu acho que ele se enerva	“Pergunto-lhe o que é que ele tem mas ele não responde muito e, às vezes, ainda fica pior. Fico sem saber que fazer e acabo por lhe dar o que ele quer, em especial se ele está doente. Já bem basta o que ele tem”.	Imperativo de resolução por centração nas consequências negativas Facilitação da expressão emocional Cedência aos desejos da criança

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

		demais”.		
Mfq2.1	1.Alimentação	<p>“Penso que ela tem que comer bem porque tem que ser mais forte para se sentir melhor e não ter tantas infecções. Pode não comer bem um dia ou dois, ou comer melhor uma refeição e pior outra mas se o problema acontece durante algum tempo (1 semana) eu acho que tem de se ter mais cuidado. Ela é um bocado assim. Também acho que pode não ser só do apetite pode estar aborrecida ou até não gostar da comida e depois diz que não tem fome e não quer comer. Às vezes acho que é um pouco de manha também. Como qualquer criança”.</p>	<p>“Tento dar-lhe a comida que ela gosta ou fazer as coisas mais ou menos que ela gosta. Às vezes misturo ou dou-lhe sem ela ver muito bem. Ou a brincar. Dá resultado. Vou-lhe explicando as coisas, para que servem os alimentos, que a vão fazer crescer, que eu também às vezes não quero comer mas tenho que o fazer como qualquer pessoa. Se é manha é que eu fico mais zangada. Não podemos deixar que eles brinquem muito connosco”.</p>	<p>Imperativo de resolução por centração nas consequências positivas</p> <p>Classificação do problema</p> <p>Diferenciação dos níveis de gravidade do problema</p> <p>Transformação da situação para minimização de custos para a criança</p> <p>Distracção</p> <p>Racionalização c/ a criança</p> <p>Invocação do modelo materno</p> <p>Punição verbal</p>
Mfq2.2	2. Recusa de alguns medicamentos	<p>“Penso que é muito uma fase e penso que vai passar. Os comprimidos são muitos e custam engolir. Eu percebo que lhe custe. Eu própria fico chateada com aquilo. Nessas alturas fico triste porque penso que vai ser sempre assim e que ela bem podia não ter que passar por isto mas é um condicionalismo de vida e ainda bem que existem os medicamentos”.</p>	<p>“Eu digo-lhe que se não toma vai ficar com dores de barriga e ela fica mesmo e como sabe isso ela lá toma. Mas acho que vai passar, que é só uma fase. Acho que ela vai aprender a importância deles devagarinho”.</p>	<p>Compreensão e empatia com a experiência da criança</p> <p>Valorização da passagem do tempo como eventual solução - wishfull thinking</p> <p>Racionalização c/ a criança</p>
Mfq3.1	1. Recusa de tratamentos	<p>“Penso que ele tem alguma razão porque é muito aborrecido todos os dias e que era bom que não fosse assim mas que para ele se sentir melhor tem mesmo que ser e não se pode fazer disso um drama ainda pior”.</p>	<p>“Digo-lhe que é para ele ficar bom e mostro-lhe que ele começa logo a sentir-se melhor depois de fazer os tratamentos da manhã e ele lá deixa. Pode continuar a resmungar mas não muito. Ele sente na pele que se sente melhor. Se não fosse isso é que era pior mas ele fica logo a respirar melhor por isso é mais fácil”.</p>	<p>Compreensão e empatia com a experiência da criança</p> <p>Racionalização materna</p> <p>Racionalização c/ a criança</p>
Mfq3.2	2.Alimentação	<p>“Penso que ele tem que comer mesmo porque pode piorar. Fico muito preocupada”.</p>	<p>“Dou-lhe à boca ou digo-lhe que ele tem que comer porque pode ficar pior e que é mais magro que os outros e para crescer tem que</p>	<p>Imperativo de resolução por centração nas consequências negativas</p>

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

			comer. Que o médico lhe diz isso sempre. Zango-me com ele. Passo-lhe a comida. Sei lá, faço tudo”.	Racionalização c/ a criança Invocação da autoridade médica Punição verbal Transformação da situação para minimização de custos para a criança
Mfq4.1	1. Alimentação	“Penso se ele tem comido bem ou mal nos últimos dias. Se por acaso terá acontecido alguma coisa que possa estar a passar-se. Mas também sei que é muito comum. Eles passam alguns dias a comer mal, depois melhoram e qualquer coisa pode fazer com que eles comam mal outra vez. Eu fico em alerta se os dias são alguns. Fico preocupada, sem dúvida e se fosse muito tempo (mais de uma semana) vinha à consulta para de ver se existiria algo que não estivéssemos a ver”.	“Tento falar com ele e perguntar-lhe se há alguma forma de aquilo se resolver, se há algo que possa ajudar. Juntar um pouco de molho ou modificar alguma coisa. Também podemos fazer alguma brincadeira ou outra coisa qualquer. Ele vai comendo, eu às vezes é que sou um pouco exigente demais”.	Classificação do problema Diferenciação de níveis de gravidade Facilitação da expressão emocional Transformação da situação para minimização dos custos para a criança Distracção
Mfq5.1	1. Febre	“Fico a pensar o que pode ser mas fico assustada. Pergunto se lhe dói alguma coisa ou assim. A febre pode ser de muita coisa e uma pessoa sabe disso. Pode até ser aqueles vírus de um dia e passar logo mas fico preocupada, seja como for, pode ser sinal de uma coisa mais séria, mas claro que também não é de excluir que seja uma coisa menos grave”.	“Eu telefono. Com febre, telefono. Seja lá como for. Eu penso logo que algo pode correr mal. Foi o que disseram e fico mais descansada. Mesmo que não tenha nada mas mais vale isso que depois... Resolvo logo e pronto, não fico preocupada mais!”.	Classificação do problema Diferenciação de níveis de gravidade Recurso à autoridade médica como forma de securização
Mfq5.2	2. Alimentação	“Eu penso que tem que comer porque não pode estar fraca e ela já é muito magra. É o que penso logo”.	“Eu tento ver se há algo que ela goste e misturo para ver se ela não tem aquele sabor que ela não gosta. Mas às vezes não resulta porque ela é esperta demais. Com a minha filha mais velha resultava mais”.	Imperativo de resolução por contração nas consequências negativas Transformação da situação para minimização de custos para a criança
Mfq5.3	3. Birras	“Penso que a doença a pôs assim, mas não foi só a doença, fomos nós que a mimamos e ela também é uma criança com vontades muito	“Eu não sei. Às vezes tenho é que me ir embora porque estou muito cansada disso. São muitas vezes, eu estou sempre com ela.	Atribuição de causas/justificações Cedência

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

		fortes e não deixa”.	Eu tento dar-lhe um castigo, digo que não, e que se ela continua a fazer a birra vou-me embora. Mas não vou”.	Ameaça de punição comportamental
Mfq6.1	1. Birras	“Penso que algo a estará a fazer ter aquele comportamento e tento ver o que é para ver se tem razão ou ver o que fazer. Às vezes exageramos e eles até têm razão. Tem que se ver”.	“Depende da razão. Pode até ter razão e temos que ajudar. Se não tiver razão tento explicar-lhe que não há motivos para aquilo e que não vai a lado nenhum com aquilo”.	Classificação do problema Compreensão e empatia com a experiência da criança Racionalização c/ a criança
Mfq6.2	2. Recusa de medicamentos	“Penso que realmente ela tem razão. Mas que tem que ser assim, é o melhor para ela e quanto mais se habituar melhor. É uma rotina e também não é assim tão mau. É daquelas coisas que tem que ser e que o melhor é vermos como podemos fazer daquilo o menor problema possível”.	“Digo-lhe que se ela se quer sentir bem tem que tomar aquilo e que não é assim tão dramático. Ela sabe porque às vezes dói-lhe a barriga e ela não gosta. Acho que essa experiência de ter dores de barriga lá vai ajudando, vamos fazendo um jogo!”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Racionalização materna Rotinização de uma solução Racionalização c/ a criança Invocação da experiência anterior Distracção
Mfq7.1	1. Recusa dos medicamentos	“O que eu penso logo é que é uma grande chatice aquilo tudo. Ela tem toda a razão. Se fosse eu era igualzinho e seria muito difícil para a minha mãe. Ela toma-os porque tem que ser mas eu já tenho dito muita vez que devia haver uma forma mais fácil de tomar os medicamentos. Eu não lhe digo isto assim porque ela tem que tomar, e tem mesmo, mas penso assim. Há coisas em que eles têm muita razão”.	“Digo-lhe que eu também acho que é uma chatice mas que enquanto não se encontrar uma solução melhor esta é a única e que assim não há mais nada a fazer a não ser pensar noutra coisa enquanto se tomam e não fazer um grande problema disso. É tomar e acabou. Sei lá, pensar noutra coisa enquanto se toma ou então pensar que tem mesmo que ser assim. Ela vai ter coisas dessas na vida. Eu tenho, se tenho! E todos têm, mais ou menos”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Expressão de empatia e aceitação Racionalização c/ a criança Distracção
Mfq8.1	1. Alimentação	“Penso que ela tem que comer. Ela tem mesmo que ficar mais forte. Eu acho que às vezes também exageramos um bocadinho e queremos que ela coma demais e temos que ter algum cuidado nisso. Eu agora tenho. Mas ela tem que comer”.	“Normalmente faço comida que ela gosta e ponho um pouco de mais gordura, ou assim, escondida na sopa. Quando não quer digo-lhe que como com ela. Que vamos fazer um desafio ou, então, contamos as colheres. Vai dando algum resultado”.	Imperativo de resolução por centração nas consequências positivas Transformação da situação para minimização de custos para a criança Distracção

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

Mfq8.2	2. Recusa dos medicamentos	“Penso mesmo que é um problema muito chato porque o que ela tem que fazer é mesmo muito chato. O que ela tem mais é razão para estar assim. Penso que, coitada, que nos tocou passar por isto, que é bem duro para nós e para ela. Também penso que ela tem mesmo que tomar aquilo porque senão piora e aí lá vão os esforços todos até aqui. Aflijo-me muito porque penso que um dia, quando ela for maior, pode mesmo abandonar tudo e isso preocupa-me muito”.	“Digo-lhe logo que se ela quer ter uma vida como os outros, e brincar como os outros, que ela tem que fazer aquilo que os médicos a mandam. Que não somos nós que queremos. Que é o médico que sabe muito bem o que ela tem, que para ela viver bem tem que seguir o que eles dizem. Também lhe mostro que quando ela está pior os remédios é que a põem boa. Se isto não dá zango-me mesmo e ela tem mesmo que tomar”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Imperativo de resolução por contração nas consequências negativas Invocação da autoridade médica Racionalização c/ a criança Punição verbal
Mfq8.3	3. Birras	“Penso que pode ser por ela estar um pouco mimada. Mas também é dela, ser assim tão rebelde. Penso no que poderá ser. Mas também fico triste porque sei o que ela tem e isso amolece-me, sou franca”.	“Se ela está muito, muito, embirrenta deixo-a um bocado. Depois vou ter com ela e tento que ela não esteja assim. Digo-lhe que não vale a pena ficar assim e que está a ter uma birra e que não tem razão para isso porque nós queremos sempre que ela esteja bem. Eu sei que acabo por me deixar ir e fazer o que ela quer, mas ela tem tanto não é?”.	Atribuição de causas/justificações Retirada de atenção (como estratégia de controlo de contingências) Racionalização c/ a criança Cedência
Mfq9.1	1. Dificuldade de relacionamento	“Penso que ela também tem que fazer um esforço para se dar com os meninos. Eu acho que ela não faz muito esforço. Eu penso que também foi de ela estar muito em casa mas também é do feitio dela. Ela é mesmo assim e é muito teimosa, por isso não há muito a fazer, e já tem tantas chatices, a coitada!”.	“Digo-lhe que tem que brincar com os meninos e até os convidar. Já falei com a professora para ajudar um pouco. Dou-lhe uns brinquedos para ela levar. Foi a professora que me disse e dá algum resultado”.	Atribuição de causas/justificações Distração/envolvimento em brincadeira Transformação da situação para minimização de custos para a criança
Mfq9.2	2. Recusa de medicamentos	“Eu só penso que tem que os tomar. Se não os toma pode ficar pior e não sei o que lhe pode acontecer. Acho só que tem que os tomar, custe o que custe”.	“Aí digo-lhe mesmo que ela fica pior e depois vai para o hospital e é ainda pior. Ela bem sabe. Tem medo e lá toma”.	Imperativo de resolução por contração nas consequências negativas Verbalização de ameaça
Mfq9.3	3. Birras	“Acho que ela tem muito mimo. É muito mimosa e faz muito o que ela quer. Mas nós também... custa um bocado contrariá-la, ela já tem aquilo e nós fazemos tudo por ela.”	“Custa contrariá-la mas às vezes tem que ser, digo-lhe que depois lhe dou outra coisa ou lhe faço outra coisa. Ela assim acalma mais”.	Atribuição de causas/justificações Promessa de recompensa

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

		Custa muito vê-la assim e ainda ter que ralhar e essas coisas”.		
Mfq9.4	4.Alimentação	“Penso que ela tem que comer. É só o que penso. Vejo-a logo tão magra. Ela é mais fraca que os outros e tem que comer porque pode ficar ainda pior. Fico aflita porque sei quais podem ser as consequências”.	“Na comida tento dar-lhe na boca para ajudar a ser mais fácil ou prometo-lhe que vamos fazer alguma coisa. Às vezes dá resultado mas, depois, torna a ser a mesma coisa. Ela já tem 10 anos, já se veste sozinha, mas eu tenho que lhe dar a comida”.	Imperativo de resolução por centração nas consequências negativas Transformação da situação para minimização de custos para a criança Promessa de recompensa
Mfq10.1	1. Ansiedade em relação a procedimentos	“Fico com muita pena mas reajo porque sei que tenho que ajudar e que aquilo é só um bocadinho. Ele tem que fazer aquilo, só temos é que fazer de forma que lhe custe menos”.	“Digo-lhe que aquilo é muito rápido e que se ele se distrair um bocadinho já passa, e que lhe posso dar qualquer coisa de que ele gosta. Posso dar-lhe a mão ou distrai-lo. Tento estar eu calma”.	Racionalização materna Transformação da situação para minimização de custos para a criança Racionalização c/ a criança Distracção Esforço de controlo materno
Mfq10.2	2.Desobediência	“Sinceramente fico a pensar que nós temos um pouco de culpa porque o mimamos um pouco demais e as crianças são mesmo assim, aprendem. Penso também que tenho que ver o que se passa, mas agora tenho mais cuidado”.	“Começo a dizer-lhe que tem que ser assim e que ele tem que obedecer. Não fazemos nada para o mal dele e tento explicar-lhe, digo-lhe que lhe posso explicar. Explico-lhe e fico à espera que ele me pergunte. Agora já sou um pouco mais forte, mas custa. Não me posso deixar ir”.	Atribuição de causas/justificações Classificação do problema Imposição de autoridade materna Racionalização c/ a criança
Mfq10.3	3.Alimentação	“Penso só que ele tem que comer e que ele tem que comer. Ele tem que comer porque fica mais magro, mais fraco, mais doente. E penso, assim, tudo a seguir. A doença. Penso logo na doença. Fico doente”.	“Faço um bocado qualquer coisa. Eu tento dar-lhe comida variada mas às tantas comemos mais o que ele mais gosta. Eu tento assim. Ou prometo-lhe alguma coisa. Ou então zango-me de verdade”.	Imperativo de resolução por centração nas consequências negativas Transformação da situação para minimização de custos para a criança Promessa de recompensa Punição verbal
Mfq10.4	4. Ansiedade em relação aos	“Penso que ele não pode pensar nisso porque vai ficar mais preocupado. Eu fico preocupada	“Eu digo-lhe que a doença dele é aquela tosse, que há outros meninos que têm outras coisas.	

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

	sintomas	com isso. Fico assustada e tenho muita pena dele. A tosse eu não consigo tirar-lhe. E ele pergunta porque é que ele tem aquilo. Eu fico desesperada e ainda fico pior que ele”.	Mas fico preocupada. Tenho é vontade de chorar”.	Esforço de “normalização” dos sintomas e consequências da doença Racionalização materna Racionalização c/ a criança
Mfq11.1	1.Desobediência	“Penso que é muito dele e da idade. Eles são muito assim. Nós também, com os mimos, se calhar um bocadinho demais, e agora é pior”.	“Normalmente vejo se ele tem ou não razão e agora já sou mais firme a dizer que tem que ser e tem que ser. Se ele está doente é que é pior e eu fico mais frágil”.	Atribuição de causas/justificações Classificação do problema Imposição de autoridade materna
Mfq11.2	2.Alimentação	“Eu penso que ele tem que comer. Ele tem que estar forte. Isso é muito importante. Penso que isto é muito mau para ele. Ele não pode fazer isto”.	“Acho que faço de tudo. Mudo a comida, digo-lhe que ele tem que comer. Ralho e acabo por lhe dar a comida à boca. É a única maneira. Dou-lhe a comida mas depois torna a haver o mesmo problema”.	Imperativo de resolução por centração nas consequências positivas Transformação da situação para minimização de custos para a criança Imposição de autoridade materna Punição verbal
Mfq11.3	3. Ansiedade em relação aos sintomas	“Fico um pouco aflita porque penso que qualquer dia temos mesmo que ter uma conversa com ele sobre isso. Mas acho que ele ainda é pequeno, mas não sei como vai ser quando tiver mesmo que lhe responder. Eu acho que lhe respondo mas não serve de muito. Ele não fica muito convencido”.	“Eu o que faço é dizer-lhe que os outros também têm outras coisas. Que ele tosse mas que toma medicamentos para isso e que esses medicamentos o vão ajudar. Mas não dá muito resultado”.	Esforço de “normalização” dos sintomas e consequências da doença Racionalização c/ a criança
Mfq12.1	1. Ansiedade em relação à doença	“Penso que isto é espectável. Ele já não é tão pequenino assim e começa a ver que algo se passa que não é muito bom. Ele sabe o que tem, embora não saiba o grau de gravidade, mas percebe que ficamos preocupados com ele, ele é inteligente e percebe. Para além disso existe sempre a ameaça dos internamentos. Acho que isso o afecta muito. Eu fico triste e muito preocupada com isto”.	“O que tento fazer nestas situações é pensar com ele muito no que se passa agora. Qual é que é o problema e se ele é assim tão grande. Claro que fico sempre a tremer a pensar que ele já sabe mais alguma coisa e que me vai perguntar mas, seja como for, acho que o que há a dizer é que as estatísticas valem o que valem e que o que temos a fazer é mantê-lo bem agora. Normalmente ele está assim com medo dos internamentos e isso consigo	Compreensão e empatia com a experiência da criança Racionalização c/ a criança

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

			descansá-lo e fazer-lhe ver ou que o seu medo não tem sentido, ou que o internamento não é assim o fim do mundo”.	
Mfq12.2	2. Recusa de tratamento	“Penso que ele até tem alguma razão mas que é a única maneira de melhorar a sua função pulmonar e mantê-lo bem. Há coisas a que nos temos que habituar e, uma vez habituados, deixamos de sofrer tanto. Também não estamos a falar de coisas muito complicadas. Acho que há bem pior. Em relação a tratamentos diários há bem pior. Não quer dizer que eu não sinta por ele e não queira que isto melhore”.	“Digo-lhe isso mesmo. Ele sabe o que tem e sabe que temos que manter os pulmões limpos para não haver infecções. Essa é a melhor maneira. Ele lá acata. Mas é sempre de esperar um pouco de revolta. Eu tenho pena mas que é que hei-de fazer! Fico é mais ansiosa”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Imperativo de resolução por centração nas consequências positivas Racionalização materna Racionalização c/ a criança
Mfq12.3	3.Desobediência	“O que eu penso é que ele tem que se portar melhor porque eu tenho uma vida complicada e ele não pode ainda fazer pior. Já muito passo eu e não tenho muito tempo para que ele ainda faça pior. Acho que pode ser da idade mas penso que ele tem é que ajudar, não fazer pior”.	“O que acho que a mãe faz é castigá-lo. Não vê televisão ou assim. Ele tem que ser ensinado. Eu faço isso, eu ou a irmã”.	Imperativo de resolução por centração nas consequências negativas para a mãe Punição comportamental
Mfq12.4	4.Alimentação	“Penso que ele tem que comer. Tantos problemas e mais ele não comer, não pode ser. Até porque ele, com a doença que tem, tem que comer. Aqui perguntam sempre isso, como se pudéssemos fazer com que eles comessem o que devem”.	“O que eu faço é dar-lhe mais do que ele gosta mas mesmo assim!”.	Imperativo de resolução por centração nas consequências negativas Transformação da situação para minimização de custos para a criança
Mfq14.1	1. Recusa de tratamento	“Eu penso que não vai ser sempre assim porque ela vai crescer e entender melhor para que é que aquilo serve. Agora é muito pequena e é natural que não consiga entender nada e lhe faça muita impressão tantos comprimidos, a cinesiterapia, os antibióticos e tudo aquilo. Ela tem 4 anos e as crianças nesta idade não gostam nada de comprimidos, nem de xaropes que lhe obrigam a tomar. Imagine	“Eu não posso mostrar o que penso porque já aprendi com ela, ela é muito esperta e vê logo que me pode levar. Vou vendo se posso brincar com aquilo, lembro-lhe que lhe dói a barriga, tento disfarçar. Às vezes tenho que me zangar um pouco e digo-lhe que estou triste. Coitada, ela lá toma. Acho que é mais porque tem medo das consequências”.	Valorização da passagem do tempo como eventual solução - wishfull thinking Compreensão e empatia com a experiência da criança Esforço de controlo materno Distracção

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

		agora isso todos os dias. Eu compreendo um bocadinho ou até muito”.		Invocação da experiência anterior Punição verbal Expressão de sentimentos maternos negativos como forma de controlo comportamental
Mfq14.2	2.Alimentação	“A comida pode ser muito, muito mau porque se ela embirra que não come não come mesmo e nós desesperamo-nos porque ela tem que comer. Qual é a criança que pode viver sem comer? E ainda para mais ela, que tem que estar mais forte por causa das infecções. Eu penso logo que nem sei que fazer. Se calhar é um problema de muitas crianças, eu penso nisso, mas as consequências para ela é que são piores”.	“Eu sei lá. Acho que não há nada que eu não faça. Mal me dizem que pode ser de alguma maneira eu faço. Eu acho que parte é birra e fico mesmo zangada. Ela acaba por não comer ou por comer só o que lhe apetece, confesso”.	Imperativo de resolução por contração nas consequências negativas Recurso à autoridade médica (ou de outro profissional) Punição verbal Cedência
Mfq14.3	3.Desobediência	“Desobediência é o pior de tudo. Eu penso que tivemos culpa disto. Ela só faz o que quer porque sempre foi assim. Toda a gente lhe achava piada e, por outro lado, toda a gente tinha muita pena e ela agora é tão forte como uma rocha e diz que não faz e não faz. Estamos a tentar mudar mas é muito difícil e eu muitas vezes desespero e fico com vontade de lhe bater e de me bater a mim por ter permitido isto”.	“O que eu faço, nem sei! Digo-lhe que ela tem que obedecer, que tem que fazer o que lhe mandam se não eu castigo-a a sério, não lhe deixo ver a televisão (que ela já gosta) ou não saio com ela. O problema é que às vezes depois tenho que sair e lá vai tudo. Ralho muito com ela mas acho que ela nem ouve”.	Atribuição de causas/justificações Ameaça de punição comportamental Punição verbal
Mfq15.1	1. Ansiedade em relação a sintomas	“O que eu penso é que as dores de barriga não são nada agradáveis e começo a pensar o que poderá estar na sua origem. Se por acaso não será nada que possa ser compensado. Nós sabemos que isto pode acontecer fruto da doença mas também pode acontecer porque ela está ansiosa por alguma coisa, como a qualquer criança. Mesmo quando é fruto da doença a ansiedade dela não ajuda nada e ela	“Antes de mais tento acalmá-la, estando calma e respondendo às suas questões e queixas. Tento ajudá-la a lidar com as dores com calma e vendo o que há fazer. Qual é a melhor posição. Fazer uma massagem. Pensar que é uma dor que vai acabar e que não vale a pena estar tão ansiosa. Ver o que é possível para controlar a ansiedade”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Classificação do problema Diferenciação dos níveis de gravidade do problema Esforço de controlo materno Transformação da situação para

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

		já sabe disso”.		minimização de custos para a criança Racionalização c/ a criança
Mfq15.2	2.Desobediência	“Penso que é também um pouco da idade. Ela tenta ver se somos mais ou menos permeáveis ao que ela quer. Não vejo muito mal nisso mas tem de haver limites e às vezes zango-me mesmo. Mas tento perceber os problemas antes disso. Às vezes consigo”.	“Vou ter com ela e explico-lhe que não espero essa desobediência dela ou tento ver onde é que ela quer chegar e porque é que fez aquilo. Depois falamos o que é possível com uma criança de 6 anos”.	Atribuição de causas/justificações Punição verbal Classificação do problema Racionalização c/ a criança
Mfq15.3	3. Problemas alimentares	“Quase nem penso. É preciso que ela coma. Ela não pode perder peso. A médica diz que esse problema é para ser resolvido por mim. É minha responsabilidade. Ela tem sempre os valores bonzinhos mas é com muito custo. É um problema complicado e que acaba por ser fruto de muita coisa. Eu sei que fico muito assustada, sempre foi assim, isso não ajuda, sei que ela é uma criança com pouco apetite. É incrível, o pouco apetite que tem! E isso também não ajuda e depois eu acho que criamos ali um problema com a comida e ficamos todos um pouco alterados e ela sente isso, o que também não ajuda mas eu fico muito perdida. Agora consigo ver isto mas quando ela não come não consigo. É só preocupação. Já falei com a psicóloga dela e estamos todos a tentar fazer alguma coisa, mas não é fácil”.	“A única coisa que ainda não experimentei é deixá-la não comer. Dizer – “se não comes não comes, sai da mesa” - isso não consigo porque ela toma uma série de medicamentos para aproveitar a alimentação e se ela não come não aproveita e eu sei o que acontece, ela fica mais magra. O que faço? Eu já fiz de tudo, experimento tudo. Fico com ela à mesa, a dar-lhe à boca ou qualquer coisa. Prometo coisas, tudo!”.	Imperativo de resolução por contração nas consequências negativas Recurso à autoridade médica (ou de outro profissional) como forma de securização Transformação da situação para minimização de custos para a criança Promessa de recompensa
Mfq16.1	1. Birras	“Eu penso que ele está muito mimado. Também é uma criança, é comum e tem um pouco o que todos têm na sua idade, embora ele seja demais, mas ele é muito teimoso. Mas eles são também o que aprendem e ele viu, durante muito tempo, que nós cedemos muito. Não sei se é só pela doença mas acho que o mimamos e agora é mais assim. É muito nossa	“Durante muito tempo tentávamos fazer o que ele queria mas agora o que eu faço é deixa-lo fazer a suas birras e nem ligo, até que ele se acalma, ele tem agora que aprender que com birras não consegue nada”.	Atribuição de causas/justificações Retirada de atenção (como estratégia de controlo de contingências)

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

		culpa, reconheço”.		
Mfq16.2	2. Recusa de tratamento	“Fico um pouco com pena mas sei que tem que fazer o tratamento porque disso depende ele estar bem. Nós sabemos isso, embora compreenda que é desagradável para ele, mas também não é assim doloroso ou isso, é apenas desagradável e eu tenho um pouco de pena dele mas tem que ser, é para o seu bem”.	“Tentamos brincar com ele e às vezes faço tratamentos mais pequenos e depois compenso. É para ele não ficar de vez contra o tratamento”.	Imperativo de resolução por centração nas consequências positivas Racionalização materna Distracção Transformação da situação para minimização de custos para a criança
Mfq16.3	3. Alimentares	“Penso que ele tem que comer. É muito importante para ele. Ele pode ficar mesmo pior. Eu vejo que ele fica logo mais magro. Fico muito preocupada com isso, mesmo que saiba que ele pode depois comer melhor”.	“Faço tudo. Tenho que insistir, nem que seja uma colher. Vou buscar outros alimentos, levo-lhe o prato onde ele estiver, dou-lhe a comida na boca. Tudo. Mas é muito difícil porque ele recusa. Ele é muito forte quando não quer. Às vezes vê que eu fico tão triste que lá come”.	Imperativo de resolução por centração nas consequências negativas Imposição de autoridade materna Transformação da situação para minimização de custos para a criança
Mfq17.1	1. Birras	“Acho que nessa situação penso que a culpa também é nossa, e ela lá se foi aproveitando e acabou por nos educar mal, a todos. O mimo todo de que ela foi alvo, quer de nós quer de toda a família, tinha que dar em alguma coisa e ela, para além de ser muito teimosa, fez durante muito tempo o que quis porque para todos era uma dor muito grande. Agora estamos a mudar aos poucos. Tento pensar se aquilo (a birra) tem alguma razão de ser, não esqueço que qualquer criança faz birras”.	“O que tento fazer é manter-me calma, transmitir-lhe que há regras e com birras ela não vai conseguir as coisas. Às vezes dar um pouco de tempo ajuda. Vai melhorando. Mas ela também é ainda pequena”.	Atribuição de causas/justificações Classificação do problema Esforço de controlo materno Definição de regras Retirada de atenção (como estratégia de controlo de contingências)
Mfq17.2	2. Alimentação	“A alimentação foi sempre muito complicada. Penso que é porque temos um pouco de medo que ela enfraqueça. Sabemos que se ela enfraquecer é pior e isso assusta-me. Se acontece isso (a criança recusar alimentar-se) eu fico preocupada e começo a pensar que mais uma vez vamos ter problema. É evidente	“Faço um pouco de tudo. Desde ver se arranjo algo que substitua até camuflar os alimentos. Histórias, zangar-me, tudo”. “Sim, sim, sem grande orientação. É fazer para ver se dá resultado. Fico mais preocupada com os resultados do que com o	Atribuição de causas/justificações Imperativo de resolução por centração nas consequências negativas Transformação da situação para minimização de custos para a criança

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

		que pode não ser uma coisa grave mas, como ela tem a doença que tem, é sempre visto como algo muito mais grave”.	que estou a fazer, isso sim”.	Distracção Punição verbal
Mfq18.1	1.Desobediência	“Eu penso logo que ela é mesmo assim. Também é de ser pequena ainda. Começo logo a pensar que tem é que levar uma palmada para aprender a obedecer, mas não lha dou. Esse é que é o mal”.	“Começo logo a pensar que tem é que levar uma palmada para aprender a obedecer, mas não lha dou. Esse é que é o mal. Torno a dizer, ou digo-lhe que me zango muito e que não vou sair com ela e ela lá faz porque o que mais gosta é e sair”.	Atribuição de causas/justificações Imposição de autoridade materna Verbalização de ameaça Ameaça de punição comportamental
Mfq18.2	2.Alimentação	“Não é sempre, é o que vale. Ela come o que lhe apetece, aí não tem problema. Só que ela é magrita e deve estar mais forte. Acho que é isso que a mãe pensa, que ela tem que comer para ficar mais forte”.	“O que eu faço é, se ela não come, ver o que ela mais gosta. É o melhor a fazer. Vou tentando dar-lhe outras coisas mas se quero que ela coma é dar-lhe o que ela gosta. Mas ela vai comendo”.	Imperativo de resolução por centração nas consequências positivas Transformação da situação para minimização de custos para a criança
Mfq18.3	3. Birras	“É muito difícil porque ela é muito forte e quando quer quer. Não há nada que a demova”.	“O melhor é deixá-la mas às vezes uma pessoa desespera e lá fazemos a vontade à menina”.	Atribuição de causas/justificações Retirada de atenção (como estratégia de controlo de contingências) Cedência
Mfq19.1	1.Alimentação	“Ela é muito miudinha a comer e muito magrinha. Uma pessoa preocupa-se porque ela tem que comer. O que eu penso é o que lhe hei-de dar de comer para ela comer”.	“Eu o que faço é ver o que lhe apetece e às vezes até lhe dou à boca, e digo que é uma vergonha porque ela já é grande mas lá vai comendo”.	Imperativo de resolução por centração nas consequências negativas Transformação da situação para minimização de custos para a criança Punição verbal
Mfq19.2	2. Tristeza sem razão aparente	“Fico assim, triste também. Eu não sei mas penso que pode ser da doença ou alguma coisa. Uma pessoa nem sabe o que há-de pensar. Eu também não sou muito alegre, também sou doente e tenho uma vida complicada com ela assim”.	“Eu pergunto-lhe o que ela tem. Ela é raro dizer alguma coisa, mas ou é da escola, ou diz que não é nada. Eu digo-lhe que não vale a pena estar triste e que ela tem que estar alegre e ela fica melhor”.	Facilitação da expressão emocional Racionalização c/ a criança
Mfq19.3	3. Birras	“Ai, isso é do mimo. Eles ficam muito	“Eu zango-me com ela. Ralho-lhe e digo-lhe	Atribuição de causas/justificações

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

		mimosos e depois são estas birras. Eu penso logo que é mimo. Mas também com eles doentes uma pessoa nem sabe o que há-de fazer. Já lhes basta o que têm. Depois eles ficam assim, mas que é que se há-de fazer!”.	que ela já não tem idade para ter essas birras, mas ela tem de novo”.	Punição verbal
Mfq19.4	4. Ansiedade em relação aos procedimentos médicos	“Coitadinha. Eles têm que tomar muitas coisas e tem que fazer tantas coisas que é natural que não queiram. Até eu, às vezes quando é muito, me esqueço. É muito cansativo. Eles estão sujeitos a muita coisa. Numa situação destas eu nem sei, uma pessoa só tem que dizer que tem que tomar e pronto”.	“Eu digo que tem que ser e tem mesmo. Às vezes não dou e pronto”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Imposição de autoridade materna Cedência
Mfq20.1	1. Birras	“Penso que ele está um bocado habituado a fazer o que quer e que tenho que falar com ele para ver o que é que se passa. Às vezes pode estar a querer manipular-me com aquilo. Temos que ver!”.	“Faço-o compreender que a birra não o leva a lugar nenhum, e que é melhor que ele explique porque é que está assim, porque também ele já não tem idade para aquelas birras todas”.	Facilitação da expressão emocional Classificação o problema Racionalização c/ a criança
Mfq20.2	2. Recusa de medicamentos	“Penso que ele tem alguma razão mas que os medicamentos lhe fazem falta. Temos que pensar as duas coisas porque é mesmo assim. Ele realmente tem razão mas também não é assim casos de recusar fazer o que lhe faz bem e de se pôr aos gritos com isso”.	“Ele já está mais crescido e falo com ele para ver qual é a melhor maneira de ele os tomar. Também se não os toma fica mal da barriga e ele já sabe disso”. “É com os medicamentos. É o pior porque ele chora e o que eu tive foi de lhe meter medo e dizer que ele não cresce se ele não toma os medicamentos”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Transformação da situação para minimização de custos para a criança Invocação da experiência anterior Verbalização de ameaça Racionalização materna
Mfq20.3	3. Tristeza sem razão aparente	“Não sei o que pensar, algum problema que ele tem. Fico com dúvidas na cabeça. Penso na doença, penso nele e também na situação da minha casa, que não é nada boa. Não sei mas acho que a doença é muito para ele”.	“Não sei o que fazer. Digo-lhe que a doença vai passar e que lhe vou fazer as vontades todas mas nem sempre dá resultado”.	Racionalização materna Promessa de recompensa
Mfq20.4	4. Recusa alimentar	“Penso que ele tem que comer. Penso que eu não sei o que fazer mas que ele não pode ficar assim. É muito difícil”.	“Pergunto-lhe o que é que ele quer comer. Zango-me com ele mas ainda é pior. Acabo por ver que lhe apetece comer e faço isso, mas	Imperativo de resolução por contração nas consequências

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

			às vezes nem isso ele come”.	negativas Punição verbal Transformação da situação para minimização de custos para a criança
Mfq21.1	1. Birras	“O que acho que ela pensa! Eu acho que penso que ela está mais mimada e faz aquelas birras. Ela é mais mimada, se calhar que as outras crianças, porque é tudo para ela e, por isso, às vezes faz birras. Não sei mas a idade dela também. Há muitas crianças que fazem mais birras até mais tarde. Acho que é isso”.	“Eu agora começo mesmo a ficar chateada com as birras dela e digo-lhe que ela não pode continuar a ser assim porque as meninas da idade dela já não são bebés para fazerem birras. E que se ela continuar assim não vai conseguir nada. Acho que, de início, até falo com paciência com ela porque nós também a mimamos e agora não pode ser assim, de um momento para o outro”.	Atribuição de causas/justificações Racionalização c/ a criança Definição de regras Esforço de controlo materno
Mfq21.2	2. Alimentação	“É porque ela é teimosa. Às vezes é só isso e não quer comer certas coisas e fica assim teimosa. Fico muito enervada porque ela não pode teimar com aquilo. Fazê-la engordar é muito difícil e ela não pode estragar tudo porque não lhe apetece comer. Fico mesmo zangada porque ela tem que comer e muitas vezes já só faço o que sei que ela gosta. Uma pessoa pensa no que vai fazer para, por exemplo, jantar e a primeira coisa que lhe vem à mente é ela, e o que ela comerá. E depois não quer. Eu fico mesmo zangada”.	“O que eu faço é zangar-me com ela e dizer-lhe que o que ela quer é ficar pior e depois que não se queixe se tiver que vir para o hospital e ser internada e essas coisas. Pergunto-lhe o que ela quer comer, para substituir aquilo, mas insisto que ela tem que comer aquilo que lhe faz bem. Às vezes ela lá come mas sei que é um problema”.	Atribuição de causas/justificações Imperativo de resolução por contração nas consequências negativas Transformação da situação para minimização de custos para a criança Punição verbal Verbalização de ameaça Racionalização c/ a criança
Mfq21.3	3. Recusa em fazer os tratamentos	“Isso é às vezes porque não quer. Eu acho que é outra vez teimosia mas compreendo mais porque é muito chato. É todos os dias e são muitas coisas. Mas tem que ser. Tem mesmo e pronto. Ela não pode pensar que não é assim. Eu não lhe digo nada disto”.	“Digo-lhe: - Olha, tu tens que tomar isto porque a médica mandou e é para o teu bem. Tu gostas da doutora e sabes que ela quer que tu estejas bem e para isso tens que tomar isto, se não ela zanga-se e eu zango-me também. - E fico mesmo zangada”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Invocação da autoridade médica Verbalização de ameaça/ Invocação da autoridade médica Punição verbal

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

Mfq22.1	1. Birras	“Não sei o que a mãe pensaria. Talvez que ela está mimada. O que se passa com ela é que não sei se se pode considerar um verdadeiro problema. Ela está um pouco mimada e habituada que lhe façam as vontadinhas todas, é por isso que às vezes fica assim chatinha e não se cala quando quer uma coisa. Estamos a tentar mudar um bocado, até porque ela vai para a escola e depois vai ser pior. Vamos ver se conseguimos. Acho que esta mãe deve pensar o mesmo. Será que a criança tem razão ou será mimo?”.	“A fazer: é ver o problema, ver se é demais. Eu vejo, se considero até razoável pois está bem, se não começo a não fazer-lhe porque nem sempre é aceite. Mas acho que está melhor”.	Classificação o problema/problemática Cedência programada/controlada
Mfq22.2	2. Alimentação	“Ver o que se passa. Qual a razão? Não acontece sempre. Acho que até pode estar relacionada (a alimentação) com a questão do mimo”.	“Às vezes lá se faz a vontade e faz-se uma comida que ela mais gosta. Outras vezes com uma brincadeira ou de forma mais séria lá se dá de comer. Depende muito da situação”.	Classificação o problema/problemática Cedência Distracção
Mfq24.1	1. Birras	“Nas birras eu vejo porque é que está a acontecer e o que eu pensava era tentar ver se havia alguma razão para aquilo ou se era só uma coisa de momento, sem razão nenhuma. Eu sei que nestes momentos ele usa um bocado a doença e é capaz de dizer que a vida dele é muito má, que vai morrer cedo. Mas acho que ele não tem mesmo consciência disso. Diz mais por dizer aquilo e, às vezes, até consegue o que quer. As birras dele têm muitas causas e muitas vezes ele usa-as para certas coisas, acho que é isso”.	“É conforme a razão. Ou o deixo estar e nem me aproximo, ou falo com ele e lhe pergunto o que se passa, ou lhe digo que aquilo não vale a pena e que ele não tem razão nenhuma para estar assim”.	Classificação o problema/problemática Retirada de atenção (como estratégia de controlo de contingências) Facilitação da expressão emocional Racionalização c/ a criança
Mfq24.2	2. Respostas agressivas	“O que eu penso é que, às tantas, isto começa a ser da idade e que eles ficam todos um bocado agressivos. Ainda que eu ache que ele ficou pior depois do diagnóstico. Mas é tudo um pouco ao mesmo tempo. O que eu penso é que tenho que viver com aquilo e que aquilo	“Eu falo com ele e castigo-o. Digo-lhe, por exemplo, que não pode usar o computador ou outra coisa, mas ele começa logo a choramingar e a dizer que não tem nada, que só tem que tomar medicamentos e coisas dessas. Eu fico um bocado perturbada. Agora	Atribuição de causas/justificações Punição comportamental

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

		nunca mais acaba. Não levo isto muito bem”.	acho que já respondo melhor mas acho que ele está a entrar numa fase difícil. O médico diz que é até aos 15 anos, ou seja, tenho mais 3.”	
Mfq25.1	1. Alimentação	“Acho que se esta mãe está mesmo preocupada com o filho que está doente, acho que fica muito preocupada quando ele recusa comer. Não digo que seja logo, logo numa refeição mas se acontece dois dias, por exemplo, eu pergunto-me logo o que pode acontecer se ele não comer. Vai emagrecer e pode ficar mais fraco para apanhar doenças e depois é um problema grande. Bem basta o que passamos para que eles engordem!”.	“Eu acho que tem que se fazer o que for preciso para eles comerem e se não comerem então o melhor é telefonar ao médico, para ele aconselhar alguma coisa. Eu faço o que for preciso. Pergunto-lhe o que ele (filho) quer e se tem alguma coisa ou sente alguma coisa. Digo-lhe logo que ele tem que comer, que depois é pior”.	Imperativo de resolução por contração nas consequências negativas Recurso à autoridade médica como forma de securização Facilitação da expressão emocional Racionalização c/ a criança
Mfq25.2	2. Recusa de Tratamento	“Não é assim um problema muito grande. Eu penso que ele tem que fazer os tratamentos porque é a única maneira de se manter bem. Ele tem que compreender isso, mas acho que ele compreende. É mais de manhã, é um pouco pesado porque são muitas coisas. É mais por isso. Eu compreendo, ele revolta-se porque se cansa disto e porque está farto. Eu compreendo. Não é que não me preocupe mas eu compreendo”.	“Eu falo com ele e digo-lhe que tem que ser para que a bactéria não se desenvolva mais. Ele sabe disso, compreende e lá faz. Mas tento que ele compreenda. Sim, brincamos um pouco e as coisas fazem-se”.	Imperativo de resolução por contração nas consequências positivas Compreensão e empatia com a experiência da criança Racionalização c/ a criança Distração
Mfq26.1	1. Respostas agressivas	“O que eu penso é que é um pouco derivado da idade. Eles começam a ficar mais velhos e começam estas respostas mais agressivas. Penso que se tem que ver se não é um pouco da idade e dar-se algum desconto. As respostas dele também são um pouco da revolta, em relação a ter que tomar os medicamentos, fazer os tratamentos e ter estas coisas. Eu acho que ele está um pouco farto da doença e isso põe-o mais agressivo”.	“Eu vejo. Ou deixo, e nem falo para não dar muita importância ao assunto, ou então tento explicar-lhe que essa não é maneira de responder. Mas também o problema não é assim tão grave. Eu compreendo um bocado porque ele tem que fazer as coisas do tratamento todos os dias, é realmente aborrecido. E ele responde bem e até acata as coisas”.	Atribuição de causas/justificações Classificação o problema/problemática Retirada de atenção (como estratégia de controlo de contingências) Definição de regras Compreensão e empatia com a experiência da criança

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

Mfq26.2	2. Ansiedade em relação à doença	“Fico um pouco preocupada, até porque tem sido mais ultimamente. Não sei quando é que vamos mesmo ter que falar com ele da doença. Isso preocupa-me. Eu acho que é natural e penso que pode é ainda vir a ser pior”.	“Aqui o que há a fazer é ir dizendo que não há muita razão para isso. Porque são coisas como ter um sintoma ou medo de ficar pior e ter que ser internado. O que dá para fazer é dizer que não tem mal ser internado e que se calhar até nem vai ser assim tão mau. O que me custa mais responder é quando ele pergunta se vai ser assim para sempre. Mas vamos resolvendo”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Racionalização c/ a criança
Mfq26.3	3. Recusa de tratamento	“Eu fico mais preocupada porque se ele não toma as coisas ele pode ficar pior, e eu vejo que ele às vezes foge. O que sou eu a fazer ele, mesmo que resmungue, faz. Mas o resto é que é pior. Por exemplo, não diz nada na escola. Foge disso, nem na ginástica, nem nada. Eu é que informei a directora de turma. E os professores precisam de saber, até para ajudarem. Ele não diz. Fico preocupada porque a reacção dele não está a ser boa”.	“Eu tento falar com ele, dizer-lhe que ainda vai piorar e que se não faz as coisas como deve ser vai mesmo ter que ser internado. Ele ouve e só diz que está farto de medicamentos. Eu fico ainda mais preocupada”.	Imperativo de resolução por contração nas consequências positivas Racionalização c/ a criança
Mfq27.1	1. Respostas agressivas	“Penso que isto pode ser só uma vez ou se é mais do que isso penso o que poderá estar a causar isto. Ele está numa idade complicada e isso não ajuda muito. Depois acredito que a situação dele da doença também não ajuda. Mas acho que ainda há outra razão complicada que é a relação dele com o pai que é muito má, não é má, é inexistente e eu sei que isso não é bom para ele”.	“Às vezes é um pouco mais complicado mas o que faço e ver a razão disso. Se for só da idade eu deixo passar um bocado. Eles têm que ter direito a estas coisas, não é? Se for outra coisa, eu vou vendo o que é e se podemos falar. Manter os canais abertos e não levar as coisas mais do que elas são. É o que eu faço. Se ele anda assim muito tempo tem que existir ali qualquer coisa e tento saber”.	Classificação do problema Cedência programada/controlada Facilitação da expressão emocional
Mfq28.1	1. Birras	“O que eu penso é que ela está muito mimada. Não admira porque foi sempre tudo o que a menina quer, todos pela menina. Ela também é tão querida que ninguém lhe consegue negar nada. Eu sei disso. Com a avó, por exemplo, é tudo o que ela quer. E comigo ainda é muito, mas acho que está melhor. Tento ver se aquilo	“Posso mesmo ralhar com ela, ou digo-lhe que assim não vai a lado nenhum, que eu sei muito bem que aquilo é uma birra e que se continua com aquilo não vai conseguir ter nada e se se portar bem pode ser que eu lhe faça a vontade. Ela lá vai portando-se melhor”.	Atribuição de causas/justificações Classificação o problema/problemática Definição de regras Punição verbal

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

		é mesmo uma birra e ela tem que ser educada”.		Promessa de recompensa
Mfq28.2	2.Alimentação	“É que se ela não quer, não quer, e não há muito que se possa fazer. É muito complicado porque ela nega mesmo. Ela come mais ou menos mas é o que ela quer e não pode ser”.	“Eu aqui zango-me mesmo e ralho com ela. Digo-lhe que fico triste e que não vou fazer nada com ela. Muitas vezes acabo por fazer a comida que ela gosta e lá não junto os suplementos que ela detesta, mas a minha mãe ainda é pior que eu”.	Punição verbal Expressão de sentimentos maternos negativos como forma de controlo comportamental Ameaça de punição comportamental Cedência
Mfq29.1	1. Febre	“Quando tem febre tem um sinal de qualquer coisa. Eu fico mais preocupada porque ele não tem febre nunca, ou muito poucas vezes, e é essa a razão maior da minha preocupação. Claro que penso logo que pode ser mais grave. Não fico em pânico mas o pensamento da doença fica com muita força”.	“O que eu faço é controlar-me e esperar para ver se há algum desenvolvimento. Já um dia fui quase acusada, numa urgência, por ter esperado 8 dias para ver se a febre se mantinha. Mas acho que deve ser assim. O médico dele concorda com isso. Espero para ver. Fico com atenção e se se mantém procuro ajuda. Entretanto dou-lhe o que nos ensinaram e mais nada”.	Esforço de controlo materno Recurso à autoridade médica como forma de securização Rotinização de uma solução
Mfq29.2	2. Respostas Agressivas	“Penso que é da idade, que é da situação da separação e da forma como estamos a viver isto. Eu acho que também tenho tido pouca paciência com ele. Mas também vejo os miúdos da idade dele a dizerem estas coisas. Se calhar é tudo junto”.	“Eu sei que podia ser de outra maneira mas zango-me seriamente, acho que faço chantagem com ele, digo-lhe que não lhe dou coisas ou ainda lhe digo que vou ter uma conversa com a professora porque não acho que aquela maneira de falar seja normal”.	Atribuição de causas/justificações Punição verbal Verbalização de ameaça/Invocação da autoridade médica Ameaça de punição comportamental
Mfq30.1	1.Desobediência	“Eu penso que ele pode estar assim porque está um bocado mimado. Eu tento não lhe dar muito mimo mas foi um bocadinho. Era a doença e ele era filho único e nós fazíamos tudo por ele. Também a idade não ajuda nada. Eles ficam muito assim nesta idade, depois uns com os outros ainda é maior”.	“Eu ralho e digo que é para fazer as coisas. Às vezes até lhe dou uma palmada. Se calhar não devia mas também não é assim uma coisa de doer, é só para ele ver que estou zangada”.	Atribuição de causas/justificações Punição verbal Imposição de autoridade materna Punição comportamental
Mfq30.2	2. Birras	É igual.	“Eu não ligo. O que faço é não ligar às birras. Saio de ao pé dele”.	Retirada de atenção (como estratégia de controlo de contingências)

ANEXO V – Análise de conteúdo – Mães de crianças com fibrose quística

Mfq30.3	3. Ansiedade em relação aos procedimentos	“Ele passa muito mal com isso. Sofre muito e eu aflijo-me. É mesmo um horror com as injeções. Foi sempre assim. Ainda para mais uma enfermeira picou-o enquanto ele dormia e ainda foi pior. O que eu penso é que é muito difícil para ele. Até para nós! Uma pessoa fica é aflita”.	“Eu fico aflita, tento dizer que não é nada, que já vai passar mas também fico aflita. São os piores momentos. Uma pessoa não sabe o que há-de fazer e nem sempre os enfermeiros são muito cuidadosos. Alguns são mas muitos não são”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Racionalização c/ a criança
---------	---	--	--	---

## **ANEXO VI**

---

*ANÁLISE DE CONTEÚDO – Mães de crianças com diabetes*

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

CÓDIGO	PROBLEMA	SIGNIFICAÇÕES RELATIVAS AO PROBLEMA	SIGNIFICAÇÕES RELATIVAS À RESOLUÇÃO	CATEGORIAS
Md1.1	1. Desobediência	<p>“Penso que, conforme com o que está relacionado. Pode ser uma desobediência em relação a uma coisa como as outras crianças todas: não faz os trabalhos, não faz o que lhe pedi ou assim. Pode ser uma desobediência mais séria relacionada com a doença ou que pode ter consequências para isso. Aí eu penso que realmente é uma chatice mas que é mesmo assim e que não pode haver muito desleixo porque as consequências podem ser graves. Eu penso que bem gostaria que nada disto existisse mas que, por agora, não há muito a fazer e que ela tem que ir sendo responsável. Não é que se espere tudo na perfeição. Ela é ainda muito pequena e estas desobediências são naturais, como em qualquer criança, mas tem que se ter mais cuidado”.</p>	<p>“É conforme. Mas seja qual for a desobediência eu falo com ela e tento mostrar-lhe que isso não é o correcto e que se lhe dizemos alguma coisa é de certo porque queremos o bem dela. Como ela deve querer. Acho que tento perceber o que a levou a fazer aquilo. Mas também me zango e lhe ralho. Se com a desobediência vem a mentira posso mesmo ficar muito zangada. Mas é muito conforme as situações. Se é muito ou pouco grave. Se há mentira a piorar as coisas, se tem havido muitas situações. É conforme!”.</p>	<p>Classificação do problema</p> <p>Diferenciação dos níveis de gravidade do problema</p> <p>Compreensão e empatia com a experiência da criança</p> <p>Imperativo de resolução por centração nas consequências negativas</p> <p>Racionalização c/ a criança</p> <p>Punição verbal</p>
Md1.2	2. Alimentação	<p>“Penso um pouco nos valores e como é que ela tem andado. Se as coisas não estiverem muito bem penso que ela não pode comer aquilo e que tenho que arranjar uma maneira que não seja muito brusca para lho dizer. Penso também se aquele comportamento não terá outras razões. Se é birra, ou seja se é mesmo ela querer comer o que não deve. Vejo se ela anda chateada ou qualquer coisa. Ou se anda assim há mais dias”.</p> <p>“Nunca penso: «coitadinha, não pode comer». Quero dizer, penso que a diabetes é uma chatice e que ela vai ter que viver com isto mas não é um drama. Há pessoas alérgicas e essas é que não podem comer nada mesmo. Nem meter à boca. Ela, se estiver bem, até pode comer um pouco. Não é um</p>	<p>“É conforme, claro. Se for por uma coisa faço de uma maneira se for por outra faço de outra. Manipulações, por exemplo, não. Digo-lhe logo que não faça isso que não vai a lado nenhum. Se ela quiser mesmo e os valores estiverem bons pois come um pouco. Se não for assim, tento explicar-lhe que nesse momento não pode ser mas que mal fique boa lá comerá um pouco. Chamo-lhe a atenção para outra coisa, outra comida, ou tento desvalorizar o que ela quer comer”.</p>	<p>Classificação do problema</p> <p>Compreensão e empatia com a experiência da criança</p> <p>Transformação da situação para minimização de custos para a criança</p> <p>Definição de regras</p> <p>Distracção</p>

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

		drama”.		
Md2.1	1. Birras	<p>“Bem, não é muito grave mas ele tem às vezes umas birrices e até é um pouco violento. Explode e isso já me assustou porque não estava à espera disso”.</p> <p>“O que eu penso, numa situação destas, é o que poderá estar por detrás da birra. Pode ser uma má disposição, ou pegou-se com o irmão, ou está mesmo com birra de uma criança pequena. Penso no que pode ser e podem até ser uma série de coisas ao mesmo tempo”.</p>	<p>“Eu faço de acordo com o que for. Não tolero muito as birras pelas birras, fico mesmo zangada e digolhe. Ou então deixo-o sozinho. Se houver alguma razão válida entendo e tenta-se ver se se resolve”.</p>	<p>Classificação do problema</p> <p>Punição verbal</p> <p>Retirada de atenção (como estratégia de controlo de contingências)</p> <p>Cedência programada/controlada</p>
Md2.2	2. Problemas de relação social	<p>“Às vezes tem problemas com os amigos. Nem sempre consegue dar-se bem e tem umas confusões. Acho que ele não faz amigos com facilidade. Acho que penso o que é que se terá passado com ele, mas acho que os miúdos desta idade são muito assim e não posso pensar que seja só dele. Será dele e dos outros. Será um pouco de cada um, embora eu tenha consciência de que ele tem algumas dificuldades nesta área”.</p>	<p>“Tento ver o que se pode fazer. Há sempre alguma coisa. Ou vejo se foi ele o culpado ou se está a exagerar e falo com ele ou convido algum menino a sair com ele. Há sempre alguma coisa a fazer. Também penso que a idade pode ajudar um pouco, ele ir vendo como se faz e ter uma pouco mais de controlo e confiança nele”.</p>	<p>Classificação do problema</p> <p>Facilitação da expressão emocional</p> <p>Distracção/envolvimento em brincadeira</p> <p>Valorização da passagem do tempo como eventual solução - wishfull thinking</p>
Md2.3	3. Alimentação	<p>“Eu preocupo-me um pouco porque ele é muito teimoso e não consigo que ele coma o que deve. E isso tem consequências para os valores de insulina e depois temos que andar com as compensações, mas não consigo. É um inferno. O que eu penso é que ele devia comer para não ter valores muito descontrolados mas, realmente, não come”.</p>	<p>“O que faço? Primeiro insisto e digo que é para o bem dele e que ele tem que comer aquilo. Ele diz que não, insiste que não, chora e não come. Eu acabo por deixar que ele não coma e pronto. Não resolve grande coisa”.</p>	<p>Imperativo de resolução por centração nas consequências negativas</p> <p>Racionalização c/ a criança</p> <p>Cedência</p>

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

Md3.1	1. Ansiedade em relação à doença	<p>“O que eu penso é que há alguma razão para isso. Eu própria não consigo integrar isto muito bem. É muito perturbador, para não dizer outra coisa, ter uma doença que vai estar connosco uma vida toda e que nós não pedimos. Eu também tenho uma e sei que não é nada bom. O que eu penso é também que bater com o pé não serve de nada. Mas fico triste e preocupada com aquilo”.</p> <p>“Sim, sim, também penso que pode ser um pouco uma manipulaçãozinha e tenho atenção a isso”.</p>	<p>“Eu vou-lhe dizendo que está tudo a mexer e que o mais natural é que quando ela for mais velha haja já outras formas de tratamento menos aborrecidas e que ela nem vai dar conta e vai viver perfeitamente. Eu estou mesmo convencida disso por isso não é mentira nenhuma. Vou-lhe chamando a atenção para as notícias de alguns tratamentos. Mas também vou vendo o que é que aquilo é e não tolero muito bem as manipulações. Não é que ela tenha tentado isso muitas vezes mas estou com atenção”.</p>	<p>Compreensão e empatia com a experiência da criança</p> <p>Racionalização c/ a criança</p> <p>Classificação do problema</p>
Md4.3	3. Birras	<p>“Eu penso que é da idade. Acho que é muito da idade. Eles ficam assim a ver até onde podem ir. Acho que a doença ajuda porque se fazem um bocado de vítimas e às vezes lá caímos: Mas acho que é da idade e ela é um bocado mimada ainda é pior. Eu penso que nessa situação pensava que era da idade e não tinha muita paciência. Se ela não tiver nenhuma há muito tempo. Ainda penso que, pronto, se não fico um bocado zangada. Mas acho que também a desculpo um pouco derivado a isto. É um peso grande para ela e para nós”.</p>	<p>“Eu sou sincera. Muitas vezes ralho, outras vezes já é tão difícil que eu nem penso muito e dou as coisas e pronto. Uma pessoa vive um bocado cansada”.</p>	<p>Atribuição de causas/justificações</p> <p>Classificação do problema</p> <p>Cedência programada/controlada</p> <p>Compreensão e empatia com a experiência da criança</p> <p>Punição verbal</p> <p>Cedência</p>
Md4.4	4. Alimentação	<p>“É igual. Eles também nestas idades ficam um bocado a só querer comer o que gostam. Mas com ela é ainda pior. Acho que aqui fico mais assustada porque a responsabilidade é pior. Ela não pode emagrecer que não é bom. Tem que ter uma comida equilibrada mas também não pode comer muitos hidratos de carbono, e muito menos doces. Tem que</p>	<p>“É igual. Mas às vezes é um bocado um inferno à mesa porque ela só quer comer certas coisas. Não é tanto doces, que isso até ela se porta muito bem, mas é não querer comer isto ou aquilo. O que se passa é que lá lhe vou fazendo o que ela come melhor”.</p>	<p>Atribuição de causas/justificações</p> <p>Imperativo de resolução por contração nas consequências negativas</p> <p>Transformação da situação para</p>

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

		comer vegetais por isso fico mais preocupada”.		minimização de custos para a criança
Md5.1	1. Respostas agressivas	“O que eu penso é que é um pouco da idade e também da revolta que ele às vezes sente com a doença. Fica um pouco chateado e temos que compreender um bocado. Também nesta idade são um bocado assim, mas eu acho que se não fosse a doença era melhor, penso que sim”.	“Eu não ligo muito, às vezes finjo que não ouço. Se é muito mau eu ralho com ele e pergunto-lhe se quer que eu lhe responda assim também. Que isso não é ser bem-educado”.	Atribuição de causas/justificações Retirada de atenção Punição verbal
Md5.2	2. Ansiedade em relação à doença	“Também é natural. Eu pensava que se fosse comigo também era assim. Custa muito porque não é só uma vez e pronto. É todos os dias. Eu acredito que lhe custe muito. Eu penso: coitado, mas não há nada a fazer . Temos que o ajudar”.	“Eu digo-lhe que tem que ser e que se calhar um dia vão encontrar a cura disto e que vai ser tudo mais fácil. Ele fica um pouco melhor”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Racionalização c/ a criança
Md5.3	3. Birras	“É complicado porque ele ficou um bocado mimado com isto. Mas é complicado. São um bocado mais fúrias que ele tem, fica difícil de aturar. Então se quer uma coisa ou se não quer é um problema. Faz birras, por exemplo, com a comida. O que quer e não comer. É difícil. O que eu penso é um bocado na doença dele, no que ele tem que aturar”.	“Eu ralho com ele mas acho que acabo por ir fazendo o que ele quer. Muito já ele tem”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Punição verbal Cedência
Md5.4	4. Alimentação	“É um bocado como eu disse antes, uma pessoa ter que comer isto e aquilo é muito chato. Eu fico preocupada mas tem que ser, ele tem mesmo que comer”.	“É um bocado como já disse e acabo por estar sempre a pensar no que é que eu lhe hei-de dar. Ou então digo que a médica depois ralha com ele e comigo”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Transformação da situação para minimização de custos para a criança Verbalização de ameaça/Invocação da

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

				autoridade médica
Md6.1	1. Birras	<p>“O que eu penso nesta situação é que elas, às vezes, são muito de birras e se lhes ligamos muito ainda pioram. Eu fico assim um bocado a ver de onde é que aquilo vem. Se é alguma coisa que ela quer e se é assim para se fazer. Mas também ela não tem, assim, birras todos os dias. É mais se quer alguma coisa e tenta. Ela também é muito teimosa, muito teimosa, e depois as birras são um bocado por isso. Eu acho que quando ela crescer um bocado até são capazes de passar”.</p> <p>“Acho que até nem tem nada a ver com a diabetes dela, bem, tem um bocadinho mas acho que é mais a idade. Eu acho que tem quando ela tem os valores altos, que vemos que ela fica assim, eu acho, mais agitada”.</p>	<p>“O que eu faço é não ligar muito senão é pior. Vejo se é assim uma coisa que ela possa ter e se for até sou capaz de lha dar mas se insiste muito ainda me zango com ela, por causa da teimosia dela. Mas também não é muitas vezes e ela lá pára”.</p>	<p>Classificação do problema</p> <p>Atribuição de causas/justificações</p> <p>Valorização da passagem do tempo como eventual solução - wishfull thinking</p> <p>Retirada de atenção</p> <p>Cedência programada/controlada</p> <p>Punição verbal</p>
Md6.2	2. Desinteresse escolar	<p>“Eu penso que ela também é assim porque tem dificuldades em aprender e depois custa-lhe fazer as coisas. É o que eu penso. Se uma pessoa não aprende também lhe é difícil ir estudar. Comigo acontecia isso”.</p>	<p>“Eu tento ajudá-la mas eu também não sei muito e vejo que mesmo a explicadora que já lhe ensinou os números ela ainda baralha muito. O que eu faço é tentar ajudar e dizer que ela tem que fazer os deveres para poder aprender. Às vezes nem lhe deixo ver a tv antes de fazer os deveres e ela lá faz”.</p>	<p>Atribuição de causas/justificações</p> <p>Racionalização c/ a criança</p> <p>Programação de tarefas</p>
Md6.3	3. Alimentação	<p>“Por exemplo, passa-se com a água. Eu acho que ela não bebe água e passo a vida a dizer que tem que beber água por causa das inflamações e dos rins. Ela bebe um golinho e não bebe mais. Mas eu acho que aquilo é pouco. E com os medicamentos, com a insulina e tudo eu acho que até podia beber mais porque a insulina é um bocado áspera e pode inflamar por dentro e ela ainda apanha alguma coisa</p>	<p>“Eu zango-me com ela porque ela tem que beber ou tem que comer e digo-lhe isso muitas vezes. Digo muitas vezes. Olhe que agora até nem lhe tenho dado tanta água mas acho que ela tem que beber. Ou então peço-lhe para sair dali porque ela não pode comer aquilo. Eu sei que a mim também me custa. O pai dela é que ainda lhe dá uma batata ou isso mas</p>	<p>Imperativo de resolução por centração nas consequências negativas</p> <p>Racionalização materna</p> <p>Punição verbal</p>

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

		<p>nos rins. Comigo, por exemplo, se eu beber água ando melhor. Mas ela não bebe. É teimosa”.</p> <p>“Depois com a comida. Não é que ela não coma o que lhe ponho, muitas vezes come, e até nem sou como aquelas mães que têm este problema todos os dias. Mas muitas vezes não quer, ou quer não sei o quê, ou fica com aquela cara a olhar para o que os outros estão a comer. E uma pessoa até fica cheia de pena mas não se pode fazer nada. É para o bem dela”.</p>	<p>eu tenho sempre medo”.</p>	<p>Controlo de estímulos</p>
Md7.1	1. Birras	<p>“O meu filho não tem assim um problema tão grande. É às vezes mas as crianças são mesmo assim nesta altura de vida. Ele também está mais assim porque talvez tenha tolerado demasiadas coisas. Não é assim que o deixe fazer tudo ou lhe faça as vontadinhas todas mas teve um pouco mais de mimo. Meu e dos meus pais. Não que ele se considere um criança diferente mas realmente pode ter tido um pouco mais de mimo porque tinha isto e essas coisas. Mas tem vindo a mudar e nesta situação o que eu pensava era que a birra dele ou tinha uma razão ou tinha que acabar”.</p>	<p>“O que eu fazia era dizer-lhe que ele tinha que parar aquilo e que ou tinha uma razão ou eu acabava por me zangar mesmo. E zango-me mesmo”.</p>	<p>Classificação do problema</p> <p>Atribuição de causas/justificações</p> <p>Verbalização de ameaça</p> <p>Punição verbal</p>
Md7.2	2. Recusa de tratamentos	<p>“Isso é porque ele tem medo de agulhas, coitado. Já foi pior. No início era muito mau. Eu sei que ele recusa o tratamento por isso. Não é sempre. Eu acho que é quando se lembra porque tem dias que não diz nada. Não quer é ser ele a fazer, isso não. Pode ser em dias em que ele esteja mais sensível, não sei. Ou uma pessoa tem mesmo dias em que as coisas não lhe apeteçam e se são más ainda é pior”.</p>	<p>“Eu digo-lhe que tem que ser, para ele se sentir bem. Que vamos ver os valores e que depois se vai sentir melhor. Que é uma coisa rápida. Ser ele a dar é que é mais problemático e acho que para isso vai ter mesmo que ser a médica. Porque eu lá o vou deixando sozinho e fazendo como ela me disse mas não está a dar muito resultado”.</p>	<p>Racionalização c/ a criança</p> <p>Recurso à autoridade médica</p> <p>Rotinização de uma solução</p>

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

Md8.1	1. Birras	“Eu acho que não é muito. Enfim é um pouco. Ele está um bocado mimado. Eu acho que é um bocado da idade mas sinceramente acho que o mimo um pouco se calhar demais. É um pouco mimado mas acho que pode melhorar. O que eu pensava era que podia ser um bocado mimo”.	“O que eu penso é que tenho que o mimar menos. Que tenho que ser mais: não é assim, não é assim. O que eu faço é pensar isso e acho que estou mais assim. Se for alguma coisa que eu possa dar dou mas se for só mimo tento controlar-me mais um pouco. Posso não conseguir, posso mesmo, mas já vou tentando”.	Atribuição de causas/justificações Imposição de autoridade materna Classificação do problema Cedência programada/controlada
Md8.2	2. Ansiedade em relação a procedimentos médicos	“O que penso é que é normal e eu tenho pena dele. Tem que ser assim mas é normal que ele não queira. Eu não queria também. Coitados. É o que eu penso mas temos que ir para frente”.	“O que há a fazer é distrai-lo e dizer que já vai passar, que ele vai ficar melhor e que depois vamos passear ou outra coisa. Eu brinco com ele”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Distracção Racionalização c/ a criança Promessa de recompensa
Md9.1	1. Respostas agressivas	“Eu acho que é da revolta dele e de ele ser assim muito fechado. Se ele falasse mais podíamos ajudar mais mas não fala e depois fica com aquelas frases meio agressivas. Ele é até muito querido mas de vez em quando fica revoltado e fica mais difícil. O que eu pensava nessa situação é isso, que pode ser revoltado ou pode ser alguma coisa que ele quer dizer e não sabe como. Ou ainda pode ser um pouco de mimo. Não digo que não”.	“O que eu faria nessa situação? Eu o que faço é dizer-lhe que não é assim que se responde e que isso não é ser educado. Temos que os educar e bem basta as vezes que é só mimos. Ou então faço que não ouço e lá se cala. Mas ele é bastante obediente e até acata bem as coisas e lá fica mais calmo”.	Atribuição de causas/justificações Definição de regras Retirada de atenção
Md9.2	2. Tristeza sem razão aparente	“Fico preocupada. Não acontece assim muitas vezes mas é quando ele anda mais calado. Ele já é calado mas acho que tem dias em que está mais calado. O que eu penso é o que será e tento ver se houve	“Ele agora tem ido a uma psicóloga para ver se há alguma ajuda nisto de ele ser calado. Para ver se há mais alguma coisa e se ele se abre mais”.	Classificação do problema Recurso à autoridade médica

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

		alguma coisa que o chateasse, ou o irmão ou na escola. Penso na doença, claro que sim”.	“O que eu faço é falar com ele e perguntar-lhe o que ele tem e tentar ver se o ajuda. Aquilo depois passa-lhe, ele fica melhor. Eu acho que falar com ele ajuda. Não sei”.	Facilitação da expressão emocional
Md9.3	3. Alimentação	“Penso mais quando ele quer comer e ainda falta muito para a refeição ou então quando teima em comer o que não pode. São esses os problemas. Eu acho que, mesmo que ali fiquem resolvidos, passado um bocadinho lá vem de novo, é muito cansativo. O que eu penso é que não pode ser, ele não pode ter fome, ou ele não pode comer as bolachas todas que quer. Eu penso isso. Tenho muita, muita pena. Quem me dera poder dar-lhe tudo. Fico com o coração partido sempre que isto acontece, mas é pior para ele porque depois fica com os valores alterados, tem que ser picado e não sei que mais”.	“Eu digo-lhe que não lhe posso dar. Que queria muito dar-lhe tudo mas que não posso porque senão tem que levar mais insulina ou os valores ficam alterados. Eu bem lhe digo isto mas ele fica revoltado na mesma”.	Imperativo de resolução por contração nas consequências negativas Compreensão e empatia com a experiência da criança Racionalização c/ a criança
Md10.1	1. Birras	“Com ela são aquelas birras de ficar sem responder e ficar na dela, quer nós queiramos quer não. Ela pode mesmo ficar muito difícil. O que eu penso é que pode ser uma dessas coisas. Penso que ela vai ter que parar com estas coisas porque não a ajudam nada, nem ajudam eu ter que lidar com ela. O que eu penso nessa altura é que ela é muito difícil e que pode ser uma das suas teimosias. Eu bem tento ver se posso ajudar e tentar ver o que se passa, se é alguma coisa que ela me diga ou até tenha razão, mas ela nessas alturas não diz muito”.	“O que eu faço é tentar falar com ela e ver o que se passa, ou então é até melhor esperar um tempo para ver se ou ela diz qualquer coisa ou fica melhor. É muito conforme a situação. Varia. Pode ser uma coisa que se tenha passado e que eu já saiba o que é, ou pode ser ela chegar a casa assim.” “Sim, eu penso nessas alturas que pode ser agravado com a doença. Não sei mas as alterações que tem nos valores. Não sei”. “O que eu tento é ter calma com ela e eu não ficar muito fora de mim”.	Imperativo de resolução por focalização nas consequências negativas para a mãe Facilitação da expressão emocional Retirada de atenção Classificação do problema Esforço de controlo materno
Md10.2	2. Respostas agressivas	“Não admito muito bem estas respostas. Nisso é com ela e com a irmã, embora a irmã não seja tanto assim. Acho que nessas situações o que eu penso é	“Eu digo-lhe logo que não me fala assim. E que com agressividades não vai a lado nenhum. Acho que é um pouco de educação”. “Às vezes, quando não é	Imperativo de resolução por contração nas consequências

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

		que não se pode admitir respostas assim porque qualquer dia ainda fica pior. Acho que também pode ser da doença mas seja como for não se pode admitir isso”.	assim tão forte, o que eu faço é não ligar muito, fingir que não ouço. Ela depois tranquiliza-se mais”.	negativas Definição de regras Retirada de atenção
Md10.3	3. Alimentação	“É o principal problema porque sem isso é que ela começa a andar com os valores muito alterados e isso é grave para ela. Comigo ela come o que deve e até não faz uma fita tão grande. O pior é o que eu suspeito que ela come quando não está comigo. E depois não me diz nada. O que eu penso nessa altura é que é muito grave o que está acontecer e que se ela começa mesmo a não fazer as coisa como deve ser vai piorar e pode ser muito mau. Penso sempre assim. Penso sempre que isto vai piorar e que ela não vai controlar nada disto”.	“Não sei bem o que fazer. Realmente não sei. Eu ralho, digo que bem sei que ela anda a comer o que não deve e que ela vai piorar e que as doutoras vão saber disto. Mas não dá grande resultado, sou sincera. O que ela responde é que não está a fazer nada e pronto”.	Imperativo de resolução por centração nas consequências negativas Punição verbal Verbalização de ameaça
Md10.4	4. Desobediência	“Tem a ver com a situação anterior. É muito a mentira e ela não fazer o que eu lhe peço e depois diz-me que fez tudo. Eu também fico preocupada com isto. Pode ser um bocado da idade ou para ver até onde pode ir mas fico preocupada. É muito a personalidade dela que é tão forte que é mesmo assim. Ela sempre foi um bocado: faça o que eu quero”.	“Ralho e digo-lhe que sei que ela me desobedeceu e que isso vai trazer consequências más para ela, que é da saúde dela que se trata. Ou se não for relacionado com isso ralho com ela. Fico mesmo chateada”.	Punição verbal Verbalização de ameaça
Md11.3	3. Birras	“O que eu penso é que ele já não tem idade para isto. Não são bem birras, assim de como uma criancinha, mas são birras de não falar ou de quer alguma coisa assim, um pouco disparatada. O que eu penso é que ele não pode ser assim e que tem que mudar porque é muito difícil para ele e para nós. Eu não sei o que ele tem nestas alturas e mesmo que	“O que faço é perguntar-lhe o que é que ele tem e fico assim sem saber e preocupada. Eu acho que ele já tem o suficiente com a doença dele e não gosto de o ver assim. Acho que acabo muitas vezes por fazer o que ele quer ou então zango-me com ele mas fico triste porque acho que ele já sofre tanto!”.	Imperativo de resolução por focalização nas consequências negativas para a mãe Atribuição de causas/justificações

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

		pergunte ele não diz, é muito fechado. Penso que pode ser da doença, sim. Como já disse eu acho que pode ser do feitio e da doença”.		Facilitação da expressão emocional  Compreensão e empatia com a experiência da criança  Cedência  Punição verbal
Md11.4	4. Respostas agressivas	“É um pouco como já disse atrás”.	“Eu zango-me porque não se pode ouvir isto e ficar assim. Digo-lhe que não pode falar assim e que eu não mereço isso. Ele às vezes cala-se mas depois é capaz de ficar agressivo outra vez”.	Punição verbal  Expressão de sentimentos maternos negativos como forma de controlo comportamental
Md12.3	3. Birras	“Eu acho que é porque está mimada. É o que eu penso quando acontece. Até há pouco tempo pensava mais: coitada! E lá fazia as coisas mas agora penso que ela está é mimada. Já tem 6 anos, não pode estar sempre nestas birras. Como a que teve agora mesmo. É só o que ela quer e eu tenho que fazer o que ela quer. Fica muito cansativo. Penso que é mimo. É o que eu penso”.	“Eu ralho e digo que não pode fazer aquilo. Que não é de uma menina crescida e que se fizer assim não consegue nada. Mas ela liga pouco. Fica assim naquilo e pode ficar assim muito tempo. Eu canso-me. Eu acho que no fim o que faço é tudo. Faço tudo e acho que isso é por causa da diabetes, acho que sim”.	Atribuição de causas/justificações  Punição verbal  Definição de regras
Md13.1	1. Tristeza sem razão aparente	“Eu penso que pode ser a pensar na doença ou alguma coisa que ela quer ou que pensa. Eu não gosto de a ver assim. Fico a pensar o que a estará a pôr assim e tento ver o que se passou”.	“Eu tento ver o que posso fazer e ajudo ao que ela tem. Falo com ela, digo-lhe que sou amiga dela. Vemos o que é”.	Classificação do problema  Facilitação da expressão emocional  Expressão de empatia e aceitação

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

Md13.2	2. Ansiedade em relação à doença	“É mais recente. Foi desde que veio aqui a enfermeira e disse que a partir de agora tem que se ter mais cuidado com os valores. Eu acho que isso a pôs mais ansiosa”.	“Eu digo-lhe para ter calma e que as coisas vão correr bem. Eu acho que ela fica melhor mas não sei se resolve mesmo. Mas acho que fica melhor”.	Racionalização c/ a criança
Md13.3	3. Birras	“Eu fico triste e penso que ela acorda assim muitas vezes chateada e sem que se saiba o que ela tem. Chateia-se com tudo e com todos, implica com as coisas. Eu penso que pode ser da doença dela mas todos os dias também é demais”.	“Eu faço tudo e mais alguma coisa para que ela fique bem. Faço tudo mas às vezes acho que ainda faço pior. Às vezes o irmão é que lhe dá, quase a educa, mas ela não se fica”.	Ausência de estratégia
Md13.4	4. Alimentação	“É o pior e está a piorar muito. Eu acho que ela sabe que isso me preocupa muito e ainda faz pior porque a doença dela depende da alimentação dela. Se ela não come como deve ser é muito pior e ela sabe que eu fico preocupada, que tenho pena que ela não possa comer o que comem as outras pessoas”.  “O que eu penso nessas alturas é que não há muito que eu possa fazer, ou que se possa fazer, e que ela está pior”.	“Eu tento não ter em casa as coisas que lhe fazem mal mas ela só quer aquilo. Mesmo coisas sem açúcar ela quer comer e quer comer. As coisas com açúcar pode comer ao domingo mas ela quer todos os dias, por isso há problemas todos os dias. É complicado e o que eu tento fazer é dar-lhe só um bocadinho mas ela quer sempre mais”.	Imperativo de resolução por concentração nas consequências negativas  Compreensão e empatia com a experiência da criança  Controlo de estímulos  Transformação da situação para minimização de custos para a criança
Md14.1	1. Respostas agressivas	“Com ela não é bem assim uma grande agressividade, é mais umas respostas que ela não devia dar, ou dizer coisas assim mais agressivas, principalmente em relação a mim. Eu não sei se é da idade dela se foi o nascimento do irmão, que isso também a pode afectar. E mesmo a escola, as amigas, o que vai ouvindo delas e mesmo estar cansada de todos os dias a mesma coisa. Eu acho que é tudo isto e temos que pensar nisso. Não é deixar que eles sejam agressivos mas temos que	“Eu o que faço é tentar perceber o que ela tem mas também não deixo que ela continue muito. Eu vejo se aquilo tem algum sentido. Se não tiver zango-me com ela. Agora tenho feito para fingir que não entendo porque quero ver o que é que é, se é pelo nascimento do irmão ou se há outra razão”.	Atribuição de causas/justificações  Classificação do problema  Punição verbal

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

		pensar nisto”. Md14.1		
Md14.3	3. Ansiedade em relação à doença (revolta)	“Eu antes não notava muito. Ela até podia ficar mais chateada porque não podia comer doces - e no início foi complicado porque ela estava muito habituada a comer o que lhe apetecia. Mas agora piorou outra vez, eu não sei se na escola vê as amiguinhas ou se é outra coisa. Mas ela revolta-se cada vez mais e fica complicado porque só quer essas coisas. Por causa disso eu acho que ela se revolta com a doença, porque sabe que não pode comer porque tem diabetes, ou seja a culpa é da doença. É a cabecinha dela a pensar. Ela tem 5 anos e realmente a doença proíbe muita coisa. Por isso é que temos que ter cuidado e, de vez em quando, dar-lhe assim qualquer coisa boa”.	“Eu compreendo que ela se sinta assim. Eu também não gostava que os outros pudessem comer as guloseimas todas que há para aí, que são muitas, e eu nada. Eu compreendo e digo-lhe que ela também pode comer mas só uma vez por semana. E que aquilo não faz bem a ninguém. O que também faço é dar-lhe umas coisinhas que vai havendo sem açúcar para disfarçar um pouco, mas o que ela quer é aquilo e eu vejo que ela está a ficar pior”.	Atribuição de causas/justificações Compreensão e empatia com a experiência da criança Definição de regras Transformação da situação para minimização de custos para a criança
Md16.1	1. Alimentação	“É mais os legumes que a médica me manda que ele coma mas ele recusa e pronto. Acho que o que a mãe pensa é que ele pode não gostar de tudo. Ora eu também não gosto de tudo. Ele podia comer mais legumes e eu lá tento que ele coma mas pode não gostar de tudo. Ou seja é um problema porque realmente ele devia comer mais legumes mas também não é assim um problema tão grande e pode causar mais problemas se dramatizamos a situação”.	“Eu tento dar-lhe assim meio disfarçado mas se não consigo não consigo e pronto. Substituo por outra coisa. Não vai ser uma guerra por causa disso”.	Racionalização materna Transformação da situação para minimização de custos para a criança
Md16.3	3. Desinteresse escolar	“Não é um problema que eu ache que tem a ver com a diabetes mas ele realmente não se empenha muito. Não sei, é dele. Já reprovou um ano e acho que não está melhor. O que eu penso é que não sei o que pensar porque não o vejo com vontade para estudar. Eu acho que há muitas crianças assim. Acho que não é por falta de inteligência, nem nada. É preguiça	“Eu só ralho com ele e lhe digo que ele assim não vai poder fazer nada na vida. Mas acho que não vale de muito. Às vezes penso é que ele ou eu temos que ir ouvir alguém para ver se se pode fazer alguma coisa. É que eu não sei mais o que fazer. São castigos, ralho e nada”.	Atribuição de causas/justificações Punição verbal Verbalização de ameaça

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

		e o que eu penso é que ele tem preguiça e não estuda. Faz não sei quantas outras coisas em vez de estudar”.		Recurso à autoridade médica Punição comportamental
Md17.3	3. Ansiedade em relação à doença	“Eu acho que a mãe pensa muitas coisas numa altura destas e acho que temos que ver a coisa muito na perspectiva dele. Isto é uma doença que é difícil de ser vivida. Pode não ser a mais grave de todas mas é muito condicionante porque obriga a testes permanentes e vive connosco sempre, sempre, sempre. É natural que eles se revoltam. Se nós nos revoltamos e não somos nós que a temos, imagine eles! Eu acho que tem que se ter alguma calma e pensar que, até certo ponto, eles têm razão. Não se pode mostrar muito isso mas realmente às vezes é mesmo desesperante, ter que fazer mais testes e mais testes, e não poder comer e essas coisas todas. Eu fico triste e angustiada com isto”.	“Aí é que está. Eu tento falar com ele e mostrar-lhe que entendo o que ele diz mas que não pode é abandonar o tratamento, nem revoltar-se daquela maneira. Eu não sei é se faço isso bem. Ou seja, não sei se digo o que devo e muitas vezes acho que me desespero, não nestas situações mas noutras e aumento a ansiedade dele. Eu acho que resolvo as coisas relativamente bem porque ele fica mais calmo na altura mas não sei. Eu tento dizer-lhe que as coisas não são assim más e que há muitas pessoas que têm coisas bem piores. Mas o problema é que no íntimo eu também penso que as coisas são muito más que isto é muito complicado. É isso”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Expressão de empatia e aceitação Racionalização c/ a criança
Md18.3	3. Alimentação	“Na alimentação preocupa-me porque ele come muito e não se controla muito bem. É capaz de comer por exemplo 8 bolachas em vez das 4 que tem que comer. E depois começa a lamentar-se. O que a mãe pensa é como é que há-de fazer para que ele coma o que deve. Pensa que ele não pode comer demais, que não lhe faz bem e que ela tem que arranjar uma maneira para que ele coma menos”.	“Não sei mas tento dizer-lhe que ele não pode comer assim, ou digo-lhe que come mais tarde, ou que vou dar uma volta com ele para ele apanhar ar. Ou digo-lhe mesmo que não e pronto. Resolve-se. O que vale é que ele vai acatando as coisas”.	Imperativo de resolução por contração nas consequências negativas Transformação da situação para minimização de custos para a criança Distracção Imposição de autoridade materna
Md18.4	4. Birras	“O que ela pensa é como é que há-de dar a volta à questão porque ela tem mesmo que fazer o teste ou	“O que eu faço é tentar distraí-lo ou aproveitar ele estar a ver televisão ou uma novela e dar nesse	Imperativo de resolução por contração nas consequências

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

		dar a insulina. Eu o que penso é isso. Para ele até pode ser aborrecido mas tem mesmo que ser. O que importa é que ele tome a insulina, que uma vez deixei-me ir e não dei. A médica disse-me que não fizesse isso mais, por isso tem que ser”.	momento. Tento distraí-lo ou aproveitar uma ocasião em que esteja distraído.	negativas Distracção
Md19.1	1. Alimentação	“Eu penso que é natural ele não querer, por exemplo, comer legumes. Não sei quantas crianças gostam e ele até os começou a comer quando era bem pequeno. Ou é natural que ele queira um doce ou batatas fritas ou isso. É como as outras crianças. Ele não pode é comer! Eu fico triste mas acho natural porque as outras crianças da idade dele também são assim. Uma pessoa sente-se assim, triste com isso”.	“Eu começo logo a pensar no que se pode fazer. Eu digo-lhe que lhe dou outra coisa depois ou tento distraí-lo com outra coisa. Às vezes lá lhe deixo comer o que ele quer e depois vemos os valores”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Promessa de recompensa Distracção Transformação da situação para minimização de custos para a criança
Md19.2	2. Birras	“É muito eu quero, e quero, mas ele também é meiguinho e não é assim muitas vezes. O que me preocupa mais é que seja isto na escola e que depois venham dizer que ele tem mau comportamento. Porque em casa não posso dizer que ele seja dos piores, é como as outras crianças. Temos que pensar que só tem 10 anos”.	“O que eu faço é falar com ele para ver o que é que ele tem. Ou para ver o que é que ele fez e para lhe dizer que com aquelas birras não vai a lado nenhum, que pode começar a portar-se de outra maneira. Falo com ele e depois ele lá vem ter comigo mais meiguinho”.	Facilitação da expressão emocional Classificação do problema Racionalização c/ a criança
Md19.3	3. Desinteresse escolar	“Fico preocupada, claro que fico, porque tenho medo que ele comece a desleixar as coisas e que não passe de ano. Ele é inteligente e isso é o que lhe vale porque com mau comportamento, sem estudar, ele não vai a lado nenhum. E isto não está muito bom. Não sei se a diabetes o vai prejudicar no futuro mas fazer bem também não vai fazer. E se ele não estuda então como é que vai ser? Fico preocupada”.	“Eu aí ralho com ele, digo-lhe mesmo que se ele não começa a estudar, sem ser à última da hora, ele não vai ser nada na vida e que depois não se venha queixar que não faz ou que não pode. Não sei se poderei fazer mais alguma coisa mas eu bem queria que ele estudasse mais”.	Imperativo de resolução por centração nas consequências negativas Punição verbal Verbalização de ameaça

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

Md19.4	4. Ansiedade em relação à doença (revolta)	“É assim de vez em quando. Tem sido agora mais. Fica assim zangado, refila e não sei que mais. Eu fico assim, sem saber o que pensar. Ele diz aquilo assim: – “Eu não posso fazer isto ou aquilo.” – Ou - ”É mais uma coisa que não posso fazer.” - E eu nem sei. Eu fico, triste”.	“Eu, na maior parte das situações, nem respondo porque fico assim, sem saber o que dizer. Às vezes digo-lhe que não é bem assim ou que não é tanto assim para que ele esteja reagir daquela maneira. Mas acho que não resolve muito”.	Ausência de estratégia Racionalização c/ a criança
Md20.1	1. Desobediência	“Não sei bem se é um problema. Eu acho que eles são todos um bocado desobedientes e até nem acho que ele seja muito mais que os outros. Acho que eu é que vejo mais isso porque estou assustada que ele comece a não ter atenção ao tratamento dele. Uma pessoa tem a tendência para pensar se é desobediente aqui também pode ser noutras coisas. É um pouco, por exemplo, à minha frente, numa festa, eu dizer não comas isso e ele come, assim muito depressa. É mais isso. Eu é que nem isso queria. Eu acho que a mãe tem que pensar porque é que aquilo está a acontecer. Uma criança pode ser desobediente por muitas razões e temos que analisar e ver o que está por trás disso. Pode até ter aprendido que isso dá resultado ou porque está doente sempre lhe foi permitido tudo. Pode ser muita coisa”.	“Logo se vê. Depende. Claro que ele não pode ser desobediente como qualquer criança não pode ser totalmente desobediente. Eu falo com ele. Não quero é conter com a nossa comunicação porque senão é pior. Mas se tiver que me zangar zango e muito. Se tem que ser é mesmo. Mas tento primeiro falar com ele e não ser rígida demais”.	Classificação do problema Facilitação da expressão emocional Punição verbal Esforço de controlo materno
Md21.1	1. Ansiedade em relação à doença (revolta)	“É assim uma coisa que ela vai dizendo. Ela até nem se revoltava antes. Isto é mais de agora, com a ida dela para o segundo ciclo. Não sei mas também pode ser de ver as outras ou isso. Não sei. O que vale é que não é muitas vezes. O que eu penso é que ela tem uma certa razão. Não é nada bom, isso não é, e eu tenho pena. Bem gostaria que ela não tivesse nada mas também não há assim nada que eu possa fazer. Fico triste mas não lhe mostro muito...”.	“O que eu faço é dizer-lhe que se ela levar as coisas direitinho não tem razão nenhuma de queixa. E que quanto mais se queixar pior porque, às tantas, começa a pensar que é uma coitadinha e isso não é verdade. Eu fico assim mas aperta-se o coração porque sou mãe dela e sofro com isto, mas tenho que lhe dizer assim para ver se ela não se toma como diferente”.	Atribuição de causas/justificações Compreensão e empatia com a experiência da criança Esforço de controlo materno Racionalização c/ a criança

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

Md21.3	3. Desobediência	<p>“Isso é que é pior. Aqui fico mesmo zangada porque ela desobedece, mente e isso é muito complicado por causa da doença. Eu não compreendo isso. Eu até posso perceber que ela queira comer uma coisinha ou isso mas não quando eu lhe digo para ela não comer ou, pior, quando lhe pergunto se comeu, ela diz-me que não e depois eu vejo que sim, ou ao contrário, se ela devia ter comido e não comeu. Fico muito zangada. Acho que nem penso nada, penso que ela não devia desobedecer e que tem que deixar de desobedecer porque com um comportamento desses ainda fica pior. E eu nem sei depois o que fazer, nem o que dizer. Sei lá, perceber os valores dela? Pode ser um pouco da idade mas não sei. O que eu penso é que se ela começa assim ainda vai piorar e vai desobedecer a tudo. Às tantas nem vou saber de certeza se ela está a fazer bem as medições ou a dar insulina ou se não”.</p>	<p>“Eu já lhe disse muita vez, mas muita vez mesmo, que ela assim piora e que depois não há nada a fazer. Já lhe disse muitas vezes que um dia não sei o que lhe posso fazer e que ela sabe bem o que lhe dizem as médicas. Mas ela diz sempre que sim ou que não, conforme, para fugir da situação. E nada”.</p>	<p>Punição verbal</p> <p>Imperativo de resolução por contração nas consequências negativas</p> <p>Racionalização c/ a criança</p> <p>Invocação da autoridade médica</p>
Md22.1	1. Birras	<p>“O que eu acho que a mãe pensa é que é um pouco da idade dele. Eles ficam um pouco mais revoltosos com a idade, querem tudo e fazem birra se não têm. Mas também não acho que seja demais. Se calhar tem um pouco de mimo a mais. É o pequenino de todos, até da minha filha que é bastante mais velha que ele. E da minha mãe e tudo. Eu penso que é disso. Claro que a doença ajuda mas acho que sem a doença seria quase a mesma coisa. É o que eu acho. É um pouco de mimo a mais”.</p>	<p>“Eu acho que birras não. Podem sempre ter um pouco de mimo porque também crescer sem um pouco de mimo é mau. Mas birras não. Eu saio de ao pé dele e digo que assim eu não quero ouvir. Tento falar com ele com calma mas também mostrar-lhe que os meninos que fazem birras acabam a ficar sozinhos porque ninguém gosta de ouvir birras”.</p>	<p>Atribuição de causas/justificações</p> <p>Retirada de atenção</p> <p>Esforço de controlo materno</p> <p>Racionalização c/ a criança</p>
Md22.2	2. Desobediência	<p>“Também é mais «se não quero fazer não faço nem que tu me mandes» é mais para experimentar para ver se eu deixo ou se nós deixamos. É um pouco para experimentar, como qualquer criança faz”.</p>	<p>“Faço igual e tento mostrar-lhe que não vale a pena experimentar-me assim. Não me zango sempre, porque também não quero que isto fique assim umas zangas seguidas a toda a hora, mas mostro que estou triste ou que não estou muito contente com ele. Mas</p>	<p>Racionalização c/ a criança</p> <p>Punição verbal</p>

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

			ele é uma criança meiga e até nem é dos piores”.	Esforço de controlo materno  Expressão de sentimentos maternos negativos como forma de controlo comportamental
Md24.1	1. Ansiedade em relação à doença (revolta)	“O que se passou comigo é ela dizer que não quer ter diabetes. É evidente que não é agradável de ouvir e ficamos tristes mas acho que é bom que eles digam para irmos sabendo o que os preocupa e tentando responder”.	“A forma como eu respondo é que o que ela tem é uma coisa que nem ela nem ninguém escolhe e que muitos de nós temos coisas dessas, por exemplo, eu que tenho uns quilos a mais e que, muitas vezes, brincamos a dizer que eu tenho que fazer uma dieta mas que não dá nada. Pronto, eu sou um bocado assim e tenho que viver com isso, sem fazer muitos dramas”.	Racionalização c/ a criança  Invocação do modelo materno
Md24.2	2. Birras	“Eu acho que não tem a ver com a doença. Eu acho é que tem a ver com a idade e mesmo com algum temperamento dela. A minha filha mais velha também teve estas fases e hoje até é uma criança muito calma. Não é que esta venha a ser igual mas acho que tem muito a ver com as fases deles. Acho eu, se tudo correr normalmente até pode passar ou diminuir muito. Acho que também valorizar muito isto não é bom”.  “O que eu acho que a mãe pensa é como é que vai ver aquilo e responder àquilo. Se vai deixar passar, se vai fazer alguma coisa. De onde é que aquilo vem”.	“É conforme, acho que é muito conforme a causa daquilo. Se é uma birra simples, se é uma chamada de atenção, se é por uma razão ou outra. O que eu tento que ela perceba é que aquilo não é o que se espera dela e que não acho que aquilo seja adequado ou que ela tire muitas vantagens com essas birras. Noutras vezes deixo-a fazer um pouco de birra até lhe passar e falamos depois”.	Atribuição de causas/justificações  Valorização da passagem do tempo como eventual solução - wishfull thinking  Classificação do problema  Racionalização c/ a criança  Retirada de atenção
Md25.1	1. Recusa de tratamentos	“É um pouco, zanga-se com as coisas, diz que não quer ser picada e coisas assim. Eu acho que é também da teimosia mas também acredito que seja não querer mesmo, porque que criança quer? Nem	“Eu fico com pena mas digo-lhe que tem que ser e vejo se a distraio. Distraí-la dá resultado”.	Atribuição de causas/justificações  Compreensão e empatia com a

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

		nós! Eu acho que a mãe pensa que tem pena e fica com o coração apertado mas tem que ser. Ou pode ser um pouco de teimosia. Tinha que se ver”.		<p>experiência da criança</p> <p>Classificação do problema</p> <p>Imposição de autoridade materna</p> <p>Distracção</p>
Md25.3	3. Birras	“A teimosia. Era logo o que eu pensava. Ele no desenho parece zangado, como a minha ela também fica assim com uma cara de poucos amigos. É teimosa e ainda se zanga por cima. Eu às vezes tinha vontade de rir com as caras dela mas agora começo mesmo a ficar zangada com ela. O que eu penso é que ela não pode ser teimosa assim e que não pode só fazer o que quer. Pronto, que tenha um pouco mais de mimo, porque temos que a picar não sei quantas vezes ao dia, é uma coisa, mas sempre, sempre a querer coisas e a só fazer o que quer eu acho que não. Desculpe mas eu estou um pouco cansada e depois fico assim”.	“O que eu tenho vontade de fazer na maior parte das vezes é ralhar com ela ou dar-lhe uma palmada (devagar claro). Mas ralho com ela e digo que ela não tem graça nenhuma e que não vai levar a dela avante porque isto a crescer assim quando for adolescente vai ser muito pior. Pode ser uma coisa que, pronto, uma pessoa até lhe pode dar ou deixar fazer mas pode não ser. O problema é que ela leva a dela avante muitas vezes, de tanto pedir nós já estamos tão cansados que nem a queremos ouvir mais”.	<p>Esforço de controlo materno</p> <p>Compreensão e empatia com a experiência da criança</p> <p>Punição verbal</p> <p>Racionalização c/ a criança</p> <p>Classificação do problema/ Cedência programada/controlada</p> <p>Cedência</p>
Md25.4	4. Alimentação	“A alimentação porque me está a preocupar mais. Eu acho que tem também a ver com a teimosia dela porque antes até comia legumes, por exemplo, agora diz que não quer, não quer cenoura, não quer feijão verde, não quer alface, não quer nada. Só quer bolachas e quer muitas, quer kinders, quer mais pão, quer daqueles panadinhos. Quer isso que não pode comer. Eu acho que é também de ver as outras comerem na escola e depois ela sente-se, coitada, mas o que é que eu hei-de fazer? Eles vão aprendendo que os outros comem e depois não	“Olhe eu não sei o que a mãe vai fazer porque é complicado. Ou deixa e, pronto, ela dessa vez não come e pronto, ou então zanga-se mesmo e diz-lhe que ela tem que comer porque se não come fica mais doente ou, ao contrário, se come mais doces fica mais doente e depois tem que tomar ainda mais picas. Eu digo-lhe assim a ver se ela fica a pensar nisso, como não gosta das picas se muda. A teimosia dela é maior que isso”.	<p>Atribuição de causas/justificações</p> <p>Transformação da situação para minimização de custos para a criança</p> <p>Compreensão e empatia com a experiência da criança</p>

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

		entendem que eles não podem comer. E se na televisão não desse tanto estas coisas também era melhor. O que penso é o que é que eu hei-de fazer? Eu bem tento dar-lhe coisas que substituam essas guloseimas mas é difícil. Nisso fico triste, fico, em certa medida eu compreendo mas acho que também é teimosia”.		<p>Cedência</p> <p>Punição verbal</p> <p>Verbalização de ameaça</p> <p>Invocação da experiência anterior</p>
Md26.1	1. Ansiedade em relação a procedimentos médicos	<p>“São as picas. Coitados eles têm que passar a vida naquilo e ela não gosta nada. Quem gosta? Ela diz que não quer. Há mesmo uma maior (insulina) que é a ama que lhe dá porque com ela, ela aceita mais. O que eu penso é nisso, que é muito triste isto, mas que também tem que ser. Nós não estamos a fazer nada que não seja para o bem dela. O que queremos é que ela esteja bem e sem essas picas ela não está bem. É o que eu acho que pensam as mães”.</p>	<p>“O que eu faço é tentar dar-lhe a pica em locais que não lhe doa tanto. O problema é que é no rabo e a enfermeira disse que pode começar a fazer caroços e depois é pior. Mas nas mãos ela não gosta nada. Mas é o que eu faço ou digo-lhe que tem que ser por causa da doença e que se ela fizer aquilo ela vai conseguir estar melhor e vamos dar um saltinho na doença dela. Eu acho que ela quer muito curar-se e por isso lá se cala mais e deixa que a piquem”.</p>	<p>Compreensão e empatia com a experiência da criança</p> <p>Rotinização de uma solução</p> <p>Compromisso</p> <p>Racionalização materna</p> <p>Transformação da situação para minimização de custos para a criança</p> <p>Racionalização c/ a criança</p>
Md26.3	3. Birras	<p>“O que eu penso logo é no que é que eu hei-de fazer para acabar com aquilo. Eu sei que ela é muito forte, é um diabinho, mas não pode ter aquelas birras, ainda mais quando é ao pé de pessoas que ficam logo a pensar que alguma coisa está muito mal. Falo, por exemplo, do meu que fica logo que não sabe o que há-de fazer. Eu acho que ela apanhou um bocado o nosso fraco e depois ainda faz pior. Por exemplo, ao pé da ama dela faz muito menos birras e porta-se muito melhor. É muito dela que é assim, com uma personalidade forte, e é também nós</p>	<p>“O que eu faço é dizer-lhe que ela não pode ter aquelas birras porque senão ainda fica pior da doença dela e que depois não a podemos tratar. E pergunto-lhe se ela quer tratar-se. Ela naquele momento até diz que sim mas se quer alguma coisa não se cala mesmo. O que eu faço ainda é dizer-lhe que vou dizer da birra dela à ama dela. Ela à frente da ama não faz tantas birras”.</p>	<p>Atribuição de causas/justificações</p> <p>Verbalização de ameaça</p> <p>Invocação da autoridade profissional</p>

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

		termos muito cuidado com a menina que é a única filha, a única neta, que é doente e que por isso é a joinha da família. É por isso que eles ficam assim. Embora concorde que ela foi sempre assim mesmo antes de ser diagnosticada a diabetes. Foi sempre um bebé muito forte”.		
Md26.4	4. Alimentação	“É terrível em muitas coisas, às vezes é com batatas fritas outras com outras coisas. Fica naquela teimosia e grita, grita, que nós temos mesmo que lhe fazer alguma coisa. Eu nem penso nada, o que é que hei-de pensar? O que penso é que ela não devia comer aquilo, isso é o que eu penso. Mas também penso que é complicado para uma criança de 5 anos não poder comer o que quer: Uma pessoa tem que ver que é complicado porque eles são pequenos e não compreendem tudo”.	“O que eu faço é tudo. Zango-me com ela. Digo-lhe que ela vai ficar pior e que depois não sei quando é que a trago do hospital. Digo-lhe que as enfermeiras vão-se zangar com ela na próxima consulta porque vão saber ver o que ela comeu. Faço tudo. A enfermeira é que me disse para tentar dar-lhe o que ela quer (de comida) quando ela tem os valores mais baixos e é isso que eu tento fazer. Mas nem sempre ela quer nesse momento e fica muito difícil depois. É muito complicado”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Punição verbal Verbalização de ameaça/ Invocação da autoridade profissional Rotinização de uma solução Transformação da situação para minimização de custos para a criança
Md27.1	1. Recusa de tratamento	“Bem, primeiro com a minha filha isto não passa a vida a acontecer. É às vezes. Depois o que eu penso é que é uma situação desagradável, coitada, ela tem que passar por isto mas não há muito que possamos fazer para a ajudar. Ela é importante que primeiro não dramatize isto e depois que não pense que isto é uma questão «se chorar um bocadinho eles não me fazem isto». O tratamento dela não pode ser levado assim”.	“Acho que lhe dou a volta. Não me ponho a ralhar e essas coisas, o que faço mais é dizer-lhe que esta é melhor ajudarmos a que ela se sinta bem. Que ela sabe disso e que a coisa não é assim tão complicada”.	Compreensão e empatia com a experiência da criança Racionalização c/ a criança
Md27.3	3. Tristeza sem	“É mais complicado porque ela arranja assim umas tristezas enormes por razões complicadas. Por isso é	“É o que eu tento fazer é falar com ela, ver a situação e ver se existem aspectos positivos naquilo	Racionalização c/ a criança

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

	razão aparente	<p>também complicado fazê-la entender que não há nenhuma razão para aquilo e que ela não está a ver bem as coisas, ou que está muito centrada só numa coisa”.</p> <p>“O que uma pessoa se pergunta é: o que é que a gente faz? Isso na tristeza é que é mais complicado porque não é só o que é que é que a gente há-de dizer ou tentar animar mas também tentar virar a tristeza para outro sentido. Isso é que é a grande dificuldade”.</p>	<p>que está a sentir, na razão da sua tristeza, no que a põe triste que ela não esteja ver para ver se ela entende. É o que acontece, por exemplo, quando ela diz que não consegue fazer as coisas bem e fica aí toda triste. O que eu faço é tentar que ela veja que também consegue fazer as coisas bem e que está a exagerar, a pensar que as outras é que fazem tudo bem. Tento que ela veja que a realidade não é como ela a está ver”.</p>	
Md27.4	4. Birras	<p>“Acho que mais uma vez que isto acontece muito porque ela ainda não percebe bem as coisas quando quer uma coisa, mesmo que disparatada quer mesmo e pronto há confusão. Por exemplo, quando quer uma coisa quer mesmo”.</p> <p>“Eu o que mais penso é o que é que eu hei-de fazer para lhe dar a volta. Porque na maioria das vezes nós sabemos de onde vem essa birra. O complicado é como é que vamos resolver aquilo e fazê-la entender. Porque as birras acontecem especialmente porque eles querem muito uma coisa e não conseguem entender que não pode ser. Uma teimosia pura para ver até onde vai a corda”.</p>	<p>“Eu vejo de onde vem a birra. E depois a mãe vai falar com ela. Sobretudo falar com ela e ver se ela entende o que se está a passar, até mesmo a razão que a está a levar a ter uma teimosia. Muitas vezes tento ver com ela essas possíveis razões”.</p>	<p>Atribuição de causas/justificações</p> <p>Classificação do problema</p> <p>Facilitação da expressão emocional</p>
Md28.1	1. Desobediência	<p>“Penso um pouco como em relação às birras. Mas acho mais grave porque se se habitua às mentiras então no futuro é mais complicado. É uma coisa que eu não gosto nada. Mas até agora ela tem percebido e pede desculpa. Eu acho que é muito eles a ver até onde podem ir ou ver se o crime passa sem castigo”.</p>	<p>“Eu aqui também a castigo. Fico mesmo zangada e ela vê isso. O que faço é algo relacionado com a mentira. E digo-lhe que estou muito triste com ela e que estou à espera que ela peça desculpa. Mas castigo-a. Ela tem que ter consciência de que não pode mentir ou desobedecer”.</p>	<p>Imperativo de resolução por centração nas consequências negativas</p> <p>Punição comportamental</p> <p>Expressão de sentimentos maternos negativos como forma</p>

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

				de controlo comportamental Punição verbal
Md28.2	2. Ansiedade em relação à doença (revolta)	“Era aquilo que eu já falei. Aquelas coisas do «não quero fazer isto», «quando é que isto vai acabar?», «não gosto nada disto». É mais agora e não é sempre. O que eu penso? O que é que eu hei-de pensar. Penso como ela. Que aquilo é uma chatice que nunca mais acaba, que não queria nada estar a fazer aquilo. Que uma mãe não é para fazer aquilo mas que se quer bem aos filhos tem que o fazer. Enfim uma confusão. Mas penso como ela. Não posso é dizer-lhe isto assim”.	“Olhe eu às vezes digo-lhe mesmo que realmente aquilo é uma chatice muito chata, que se eu pudesse não faria nada daquilo, mas que se não o fizermos ela vai ficar pior e depois temos o hospital, não sei quantos dias, não vai à escola e fica pior. E se um dia isto acabar ela já vai estar pior e é tudo pior. Lá vamos andando”.	Expressão de empatia e aceitação Racionalização c/ a criança
Md28.3	3. Birras	“Muito é mimo, outra parte é da idade, outra não sei mas pode ser da irmã e se calhar outra é de ela própria. É o que eu penso. Nestas situações penso sobretudo como é que hei-de fazer para que ela perceba que até é admitido que ela tenha algum mimo e que até se entende que, com seis anos, não se possa não fazer birra nenhuma, mas que realmente as birras só servem para irritar as outras pessoas e não trazem benefício nenhum. Isso é que eu tenho dificuldade em passar-lhe”.	“O que eu faço é falar com ela e tentar explicar-lhe isso. Mas acho que muitas vezes a birra é maior que ela ou então ela entende que não pode dar o braço a torcer e fica naquilo. E pode ser muito, muito teimosa. É complicado porque eu quero ir pela via do diálogo mas ela não fala e não sai daquilo. Quase fica ofendida por não poder fazer a birra. Às vezes quase que penso que o melhor é deixá-la”.	Atribuição de causas/justificações Racionalização c/ a criança
Md29.3	3. Tristeza	“O que eu penso é: porque é que ela está assim? E fico triste também. Uma pessoa fica com uma grande tristeza por vê-la assim e não conseguir fazer nada. Eu só penso: o que é que ela terá? Não sei do que pode ser e ela também diz que não sabe. Fica assim, começa a chorar. Eu penso se não será da doença mas não sei. Quando ela se abre mais lá vai falando de alguma coisa que não gostou na escola	“O que eu faço é ir ter com ela, estar com ela e perguntar-lhe o que ela tem. Mas ela não me sabe dizer e eu fico sem saber o que hei-de fazer. Às vezes dá algum resultado mas ela volta ao mesmo e é por isso que eu digo que não resolve as coisas. Às vezes nem lhe pergunto directamente o que ela tem. Ando assim à volta, como é que lhe correu a escola	Facilitação da expressão emocional

ANEXO VI – Análise de conteúdo – Mães de crianças com diabetes

		mas não é assim nada de muito importante”.	e isso e ela lá se abre um pouco mas nem sempre”.	
Md29.4	4. Sono	<p>“Fico preocupada porque ela tem que dormir até para ir para a escola, e ela é capaz de se levantar três ou quatro vezes por noite. Fico a pensar o que ela tem e levanto-me”.</p> <p>“Uma pessoa nem sabe o que pensar nestas alturas. Ficamos assim, a perguntarmo-nos o que se passará, pode ser muita coisa ou nada. Ela anda pela casa assim. Bebe água, outras vezes chama por mim. Diz que não é medo. É não conseguir dormir. Eu fico preocupada, mas o que é que hei-de fazer?”.</p>	<p>“Vou para ao pé dela e durmo com ela na cama dela, para ver se ela consegue adormecer melhor. Mas é capaz de no dia seguinte estar outra vez igual! Não sei!”.</p>	<p>Classificação do problema</p> <p>Diferenciação dos níveis de gravidade do problema</p> <p>Transformação da situação para minimização de custos para a criança</p>
Md30.1	1. Respostas agressivas	<p>“É mais quando ele está com os valores mais altos. Ele fica irritadiço e às vezes dá umas respostas menos boas, até à minha mãe. É também para testar e se mostrar mais «eu posso», mas não é muito grave. Eu penso é que é muito os valores e realmente ele está mesmo com os valores altos. Pode ser também um pouco de mimo a mais”.</p>	<p>“Eu ralho com ele. Não gosto que ele fale mal à minha mãe e que ele fique assim. Digo-lhe que não pode ser assim e que não percebo como é que ele está assim. O que eu penso é que não se pode deixar estas coisas avançarem muito”.</p>	<p>Atribuição de causas/justificações</p> <p>Punição verbal</p>
Md30.2	2. Alimentação	<p>“Ele quer é comer mais. Diz que tem mais fome e quer comer mais. Eu penso que pode ser porque as pessoas podem ter mais ou menos fome, mas ele não pode comer mais do que o que está determinado. Às vezes lá lhe dou um pouco mais mas ele tem que saber que não pode ser. Ele alimenta-se bem e é bom que se habitue que pode comer, sim, e pode comer um pouco mais mas não sempre”.</p>	<p>“Eu explico-lhe que, se ele come muito mais, os valores dele vão aumentar e vai ser mau para ele. Ele lá vai compreendendo. Falamos, sim, e tento fazê-lo entender que já comeu, que comer demais lhe vai fazer mal e ele não se vai sentir bem”.</p>	<p>Atribuição de causas/justificações</p> <p>Transformação da situação para minimização de custos para a criança</p> <p>Definição de regras</p> <p>Racionalização c/ a criança</p>