

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional

***A PREVENÇÃO DA INTOXICAÇÃO NÃO INTENCIONAL INFANTIL
NO ESPAÇO DOMÉSTICO - A IMPORTÂNCIA DOS FACTORES
SOCIO-COGNITIVOS DOS PAIS***

Ref. 9931

Departamento de Psicologia

Maria da Graça Vinagre da Graça

Orientação: (ISCTE) Professora Doutora Maria Luisa Pedroso de Lima

Co-orientação: (ISPA) Professora Doutora Margarida Alves Martins

Lisboa, Novembro de 1995

Dedico este trabalho aos meus pais, Maria Celeste e António, que sempre, incondicionalmente, me apoiaram em todos os meus percursos.

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu agradecimento a algumas das pessoas, sem as quais não teria sido possível realizar este trabalho:

À Prof^ª. Maria Luisa Lima, que orientou este trabalho, e que entre outras coisas, muito me ensinou sobre investigação científica. Agradeço-lhe muito o seu permanente empenho, ajuda e disponibilidade em todas as fases da sua elaboração, e o constante encorajamento que me deu, assim como a compreensão e amizade que manifestou, especialmente nos momentos de maior desânimo.

À Prof^ª. Margarida Alves Martins, que sempre solidária com os meus objectivos, permitiu que o terminasse atempadamente. Muito lhe agradeço o seu apoio.

A todas as Enfermeiras e Educadoras, que comigo colaboraram na recolha dos dados que apresento. Estou-lhes muito grata, pela simpatia e disponibilidade que revelaram.

A todos os alunos do 6^o e 7^o Curso de Bacharelato da Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa, assim como a alguns alunos da Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil que me ajudaram na distribuição e recolha do instrumento utilizado. Agradeço-lhes a sua preciosa ajuda.

Às mães que pacientemente responderam às questões que lhes foram colocadas, sem as quais este trabalho não teria sido possível. O meu profundo agradecimento.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram, e que nunca souberam o que é ter uma filha disponível.

Ao meu marido, por ter suportado os meus momentos de desânimo e mau-humor, e a minha presença ausente durante estes últimos meses, e que, com muito carinho abdicou de momentos agradáveis, para me ajudar a chegar ao fim.

Aos meus amigos, especialmente à Rosário, pelos momentos de desalento e de alegria que partilhámos, e pelo seu incansável apoio; à Olga, que pacientemente ouviu as minhas lamentações e sempre me incentivou a chegar ao fim; e à Filomena, pelo seu precioso apoio na fase final deste trabalho.

A algumas colegas, que embora distantes, se preocuparam comigo e me manifestaram o seu apoio.

Resumo

Os acidentes domésticos não intencionais são ainda actualmente, uma importante causa de mortalidade e morbidade, essencialmente em crianças com idade inferior a quatro anos. Entre os vários tipos de acidentes que ocorrem, é de salientar o número ainda elevado de intoxicações, sobretudo por medicamentos e produtos de uso doméstico.

O meio físico e os comportamentos das crianças e dos seus "cuidadores" podem constituir factores de risco à sua ocorrência. No entanto, nestas idades, a protecção das crianças no espaço doméstico depende fundamentalmente dos pais. Mas, apesar dos programas educacionais que lhes têm sido dirigidos, a incidência destes acidentes, mantém-se em níveis elevados, em alguns casos tem até aumentado. É esse o caso das intoxicações não intencionais, o tipo de acidente em que se centra este estudo.

Partindo do pressuposto, que a mudança dos comportamentos dos pais relativos à segurança na criança, só poderá ocorrer, se os programas de intervenção incidirem sobre as suas formas de pensar e de agir, assumindo assim, a mediação cognitiva das suas práticas, pretende-se neste trabalho contribuir para a identificação e compreensão de factores socio-cognitivos subjacentes à intenção das mães de colocar os produtos perigosos fora do alcance das crianças. Para a conceptualização teórica do problema, foram utilizados fundamentalmente, o Modelo das Crenças de Saúde (Becker & Maiman, 1975) e a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen & Madden 1986), pretendendo-se testar a utilidade de cada um deles na predição da intenção comportamental das mães.

Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário a 186 mães de crianças entre os 9 e os 15,5 meses de idade, de ambos os sexos.

De acordo com os resultados obtidos ambos os modelos se adequam à predição da intenção das mães de adoptar o comportamento de prevenção, embora a Teoria do Comportamento Planeado tenha um nível de explicação de variância superior ao do Modelo das Crenças de Saúde. No entanto, a integração das variáveis dos dois modelos, permite um aumento do nível de variância explicada, contribuindo significativamente para a explicação da intenção das mães: a atitude face ao comportamento, os benefícios percebidos do comportamento de prevenção, a responsabilidade percebida face à segurança doméstica dos filhos, o controlo comportamental percebido face a tal comportamento e a ameaça percebida relativa à intoxicação doméstica na criança.

Com base nestes resultados, definem-se algumas implicações na divulgação de acções de prevenção, nomeadamente ao nível de intervenções educacionais mais ajustadas às crenças e valores dos pais.

ÍNDICE

<i>I - INTRODUÇÃO</i>	5
1. ABORDAGEM GERAL DO TEMA E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	6
2. OBJECTIVOS DA PESQUISA	10
<i>II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</i>	12
1. OS ACIDENTES NA INFÂNCIA.....	13
1.1. A Importância dos Acidentes na Infância	13
1.2. A Definição de Acidente	21
1.3. Acidentes e Prevenção	24
1.4. Segurança da Criança no Espaço Doméstico - Intervenção dos pais.....	36
2. CRENÇAS E COMPORTAMENTOS RELATIVOS À SAÚDE	41
2.1. Modelos Teóricos de Referência.....	41
2.1.1. O Modelo das Crenças de Saúde.....	43
2.1.2. A Teoria da Acção Reflectida / Teoria do Comportamento Planeado.....	53
2.2. Aplicação dos Modelos Teóricos ao Caso dos Acidentes Domésticos na Criança	69
<i>III - PROBLEMA E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO</i>	80
1. REENQUADRAMENTO DO PROBLEMA	81
2. HIPÓTESES	83
<i>IV - MÉTODO</i>	86
1. SUJEITOS	87
2. CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	96
3. PROCEDIMENTO.....	106
<i>V - RESULTADOS E DISCUSSÃO</i>	108
1. ESTUDO DAS HIPÓTESES RELATIVAS AO MODELO DAS CRENÇAS DE SAÚDE (MCS).....	110

2. ESTUDO DAS HIPÓTESES RELATIVAS À TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEADO (TCP).....	119
3. ESTUDO DAS HIPÓTESES RELATIVAS ÀS VARIÁVEIS EXTERNAS AOS DOIS MODELOS.....	130
4. A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE ANÁLISE DA PREVENÇÃO DA INTOXICAÇÃO DOMÉSTICA NÃO INTENCIONAL NA CRIANÇA	132
<i>VI - CONCLUSÕES</i>	140
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	147
<i>ANEXOS</i>	159
ANEXO I - Questionário aplicado no pré-teste	160
ANEXO II - Questionário final	168

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Óbitos por acidentes de viação, domésticos, outros acidentes e situações em que se ignora a causa, em crianças até aos 9 anos de idade	16
Quadro 2 - Ocorrência de Acidentes Domésticos e de Lazer segundo o sexo e grupo etário, em crianças até aos 9 anos de idade (percentagem por total da população com ADL).....	19
Quadro 3 - Zonas de proveniência dos sujeitos	89
Quadro 4 - Agregado familiar.....	90
Quadro 5 - Idade da mãe e do pai	90
Quadro 6 - Escolaridade da mãe e do pai.....	91
Quadro 7 - Grupos profissionais da mãe e do pai.....	92
Quadro 8 - Distribuição das crianças por idade	93
Quadro 9 - Distribuição dos acidentes domésticos ocorridos nas crianças pelos diferentes tipos de acidentes	94
Quadro 10 - Local de aplicação dos questionários	107

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Médias, Desvios - padrão e Alfa de Cronbach dos Indicadores do MCS	110
Tabela 2 - Distribuição das respostas e percentagens relativas à Intenção Comportamental	112
Tabela 3 - Correlações e regressão múltipla (stepwise); Variável dependente: Intenção de adoptar o comportamento de prevenção	113
Tabela 4 - Correlações e regressão múltipla (Stepwise); Variável dependente: Ameaça percebida	114
Tabela 5 - Médias, Desvios - padrão e Alfa de Cronbach dos Índices da TCP	119
Tabela 6 - Médias dos Indicadores do produto Crenças Comportamentais x Avaliação	121
Tabela 7 - Médias dos Indicadores do produto Crenças Normativas x Motivação	122
Tabela 8 - Intercorrelações entre o Estatuto Social dos Pais/Atitude/Norma Subjectiva e Controlo Comportamental Percebido	126
Tabela 9 - Correlações e regressão múltipla (stepwise); Variável dependente: Intenção de adoptar o comportamento de prevenção	127
Tabela 10 - Análise de regressão múltipla (stepwise); Variável dependente: Intenção de adoptar o comportamento preventivo	136

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - O Modelo das Crenças de Saúde como predictor do comportamento de saúde preventivo	45
Figura 2 - A Teoria da Acção Reflectida	58
Figura 3 - A Teoria do Comportamento Planeado	65
Figura 4 - O Modelo das Crenças de Saúde: Aplicação ao estudo da prevenção das intoxicações domésticas na criança	116
Figura 5 - O Modelo do Comportamento Planeado: Aplicação ao estudo da prevenção das intoxicações domésticas na criança	124
Figura 6 - Modelo de análise da prevenção das intoxicações domésticas na criança	135
Figura 7 - Intenção de adoptar comportamentos de prevenção face à intoxicação doméstica não intencional na criança: Resultados	139

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Representação gráfica da distribuição das crianças por idade	93
Gráfico 2 - Representação gráfica dos locais de aplicação dos questionários	107

I - INTRODUÇÃO

1. ABORDAGEM GERAL DO TEMA E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Os acidentes fazem de tal modo parte da nossa vida quotidiana, que pouco nos tocam no plano colectivo. No entanto, as estatísticas nacionais revelam-nos que actualmente constituem a quinta causa de morte na população total, e a primeira em crianças e jovens. Adicionalmente, é também de salientar a sua contribuição para a elevada morbilidade nestes grupos etários. Embora bastante menos documentada, é um indicador tão ou mais importante que o anterior, na medida em que os acidentes são frequentemente fonte de incapacidade, sofrimento e anos de vida perdidos, sobretudo nestas idades em que são poucos os problemas de saúde.

Enquanto os acidentes de viação são mais frequentes nas crianças em idade escolar e na adolescência, os acidentes domésticos predominam na idade pré-escolar, constituindo actualmente uma das maiores ameaças para as crianças no grupo etário do 1 aos 4 anos.

Nos últimos anos, vários investigadores, quer nacionais (Carvalho & Pardal, 1987; Barata, 1990; Cabeçadas 1991; Cordeiro, 1992) quer estrangeiros (Garling & Valsiner, 1985; Peterson et al., 1987, 1992; Rivara & Mueller, 1987; Félix & Tursz, 1991; Manciaux & Romer, 1991) têm-se dedicado ao estudo dos acidentes na infância e um largo campo de pesquisas tem surgido nesta área.

Com o objectivo de contribuir para a diminuição dos acidentes na criança, o problema tem sido abordado sob diferentes perspectivas, na tentativa de encontrar estratégias de intervenção mais eficazes na prevenção deste acontecimento, considerado multifactorial. Se no início os factores ambientais eram o foco das pesquisas e da intervenção, mais recentemente, passaram a valorizar-se os factores psicossociais nas causas e prevenção dos acidentes na infância. As intervenções de carácter ambiental têm sido complementadas com medidas de intervenção educacional, sobretudo junto dos pais e outros educadores, visando a mudança das suas atitudes e comportamentos, face à

prevenção dos acidentes.

No caso dos acidentes domésticos não intencionais, sobretudo quando falamos de crianças mais novas, a segurança no espaço doméstico depende fundamentalmente dos pais. Muitas das situações de risco, que afectam as crianças, sobretudo nos primeiros anos de vida, só poderão ser evitadas pelos comportamentos de segurança dos seus “cuidadores”. Proteger a criança dos perigos requer frequentemente, a participação activa dos pais, mesmo na implementação de medidas de carácter ambiental. Vários autores têm salientado que só a complementaridade de medidas activas e passivas, permitirá avançar no sentido da prevenção.

Mas, enquanto as intervenções ambientais, sobretudo as que implicam pouca alteração no comportamento dos pais (como as de carácter legislativo), têm revelado algum sucesso, o mesmo não tem acontecido com as de natureza educacional, pois as taxas de acidentes domésticos têm-se mantido elevadas, apesar do esforço de educação/formação junto dos pais.

No nosso país o elevado número de acidentes domésticos na criança, sobretudo no grupo etário do 1 aos 4 anos, revela que os esforços no sentido da sua prevenção não têm correspondido aos resultados esperados. Apesar da implementação de medidas ambientais, no caso dos acidentes domésticos, os técnicos têm dado cada vez mais ênfase às medidas de carácter educacional junto dos pais através de sessões de educação/formação. No entanto, o ligeiro decréscimo que se tem constatado na ocorrência destes acontecimentos, não é idêntico para todos os tipos de acidentes. Pelo contrário, em alguns casos, ou se observa uma estabilização, ou até um aumento da sua incidência, como é o caso das intoxicações.

Poder-se-à então questionar - Porque é que as intervenções desenvolvidas no âmbito da prevenção dos acidentes domésticos nas crianças, não têm conduzido a uma equivalente diminuição destes acidentes ?

Algo parece estar errado. Provavelmente, a linguagem dos técnicos não é eficaz junto dos pais, no sentido de alterarem os seus hábitos domésticos. Como afirma Norman (1986), não basta simplesmente continuar a dar ênfase à linha tradicional da educação acerca das consequências do comportamento de saúde mas, deve-se fazer um maior esforço para desenvolver abordagens criativas que tenham em conta as crenças dos indivíduos, pois estas constituem importantes determinantes nas atitudes relativamente aos seus hábitos e práticas de saúde (citado por Pless & Arsenault, 1987).

Na mesma linha de pensamento, Wortel & Geus (1993) consideram que para influenciar os pais no sentido da adopção de comportamentos de segurança, é necessário conhecer quais os determinantes subjacentes a esses comportamentos, tais como o seu conhecimento acerca das medidas de segurança e a sua percepção dos custos e benefícios da adesão a tais medidas, assim como o suporte social que recebem do seu companheiro. Para os autores, deve ser nestes conteúdos que se devem basear as mensagens de segurança.

Poder-se-á então dizer, que a motivação dos pais no sentido da mudança dos seus comportamentos relativos à segurança na criança, só poderá ocorrer, se os programas de intervenção incidirem directamente sobre as suas formas de pensar e de agir. Só conhecendo a forma como os pais concebem as questões relativas à segurança doméstica da criança, se podem compreender os seus comportamentos face a situações de risco, e desenvolver estratégias para a mudança desses comportamentos e atitudes, com vista à prevenção do acidente doméstico não intencional na criança, neste caso da intoxicação doméstica. Assim, previamente às tentativas de mudança das práticas dos pais, há que identificar e caracterizar as crenças que as sustentam.

Ultimamente têm surgido investigações neste sentido (Peterson et al, 1990; Russel, 1991; Glik et al, 1993), considerando os autores que o conhecimento dos preditores do comportamento de prevenção dos pais relativo aos acidentes na criança, em muito, contribui para o planeamento de intervenções nesta área.

É nesta perspectiva que se situa este estudo, segundo uma orientação teórica basicamente socio-cognitivista, centrando-se num tipo específico de acidente - a intoxicação doméstica não intencional na criança.

Assim, após a apresentação dos objectivos deste trabalho, inicia-se o enquadramento teórico abordando a importância dos acidentes na infância e a sua prevenção, focando algumas das diferentes perspectivas que têm estado na base dos estudos efectuados nesta área e de forma mais específica, salienta-se o papel dos pais relativamente à segurança doméstica na criança.

Face a um problema tão complexo como é o acidente na criança associado à sua prevenção, tivemos necessidade de recorrer a modelos conceptuais, que integrando as variáveis de interesse a mobilizar, orientassem as predições desta pesquisa. É assim que um segundo ponto do enquadramento, é destinado à apresentação dos modelos teóricos que lhe serviram de base - O Modelo das Crenças de Saúde e a Teoria de Acção Reflectida / Teoria do Comportamento Planeado. Ainda na sua sequência, são descritos de forma breve, alguns estudos que aplicaram estes modelos ao caso dos acidentes domésticos na criança.

Após mencionadas as hipóteses orientadoras do trabalho, segue-se o método, onde se procede à caracterização dos sujeitos, apresentação do questionário utilizado no estudo, seguindo os passos da sua construção e, por último, o respectivo procedimento de aplicação.

Passa-se então, à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. O seu estudo segue as hipóteses definidas com base nos modelos teóricos acima citados.

Por fim, apresentam-se as conclusões, referem-se as limitações do trabalho realizado, perspectivam-se algumas formas de lhe dar continuidade, e de permitir uma melhor exploração do estudo da prevenção dos acidentes domésticos na infância.

2. OBJECTIVOS DA PESQUISA

Dado o crescente interesse e a actualidade deste tema, e a quase inexistência de pesquisas no nosso país na área da psicologia sobre a prevenção de acidentes domésticos nas crianças, este trabalho pretende fornecer um contributo para o desenvolvimento da investigação nesta área.

Distanciamo-nos teoricamente de concepções que colocam a origem dos acidentes domésticos, apenas em características ambientais, e assumimos a mediação cognitiva das práticas que estão na origem destes acidentes. Consideramos que, para diminuir o número de acidentes domésticos nas crianças é essencial a existência de segurança no ambiente que as rodeia, cabendo sobretudo aos pais a construção desse ambiente seguro em casa. Na perspectiva que defendemos, isso só é possível se a segurança passar a integrar as suas ideias e os seus valores, pelo que salientamos a importância de algumas variáveis cognitivas explicativas de comportamentos de risco e de segurança dos pais, como as suas crenças, valores e atitudes. Uma vez que, a incidência da intoxicação doméstica não intencional na criança tem aumentado nos últimos anos, foi neste tipo de acidente que nos centrámos.

Assim, este estudo tem como principal objectivo - contribuir para a compreensão dos factores socio-cognitivos que mediatizam os comportamentos preventivos das mães relativos à intoxicação doméstica nos seus filhos, tomando como modelos de partida - o Modelo das Crenças de Saúde proposto por Rosenstock (1974); Becker & Maiman (1975) e a Teoria do Comportamento Planeado (planned behavior) proposta por Ajzen (1985, 1987, 1988, 1991); Ajzen & Madden, (1986), uma evolução da Teoria da Acção Reflectida (reasoned action) de Fishbein & Ajzen (1975); Ajzen & Fishbein (1980).

Mais especificamente, pretende-se:

- A um nível aplicado - identificar os factores envolvidos na génese da intenção das mães de adoptar comportamentos de prevenção face ao risco de intoxicação doméstica não intencional nos seus filhos, com base nos modelos teóricos referidos;
- A um nível teórico e centrados neste tipo de acidente - testar a utilidade de cada um dos modelos na predição de comportamentos preventivos; com base nestes modelos - construir um modelo de análise da prevenção das intoxicações domésticas não intencionais na criança.

Pensamos que o conhecimento dos determinantes de comportamentos preventivos relativos ao acidente doméstico na criança, tem implicações não só na compreensão desses comportamentos, como no desenvolvimento de programas de intervenção junto dos pais e educadores. Ao realizarmos esta pesquisa, estamos convictos do seu interesse no aprofundamento desta área para o planeamento de futuras intervenções educacionais, como acções de formação e de divulgação, mais adequadas e eficazes na mudança dos comportamentos de grupos específicos de pais e educadores, no sentido do seu maior envolvimento em práticas de segurança doméstica, visando a prevenção dos acidentes domésticos nas crianças, especificamente da intoxicação doméstica não intencional.

II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. OS ACIDENTES NA INFÂNCIA

1.1. A Importância dos Acidentes na Infância

*Injurie " the last of the great plagues
to be subject of scientific inquiry"*

Haddon, 1984

Os acidentes constituem uma das principais causas de mortalidade e morbidade durante a infância e adolescência. A universalidade deste problema está bem patente nos registos epidemiológicos em diversos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento (Taket et al., 1991), onde se pode verificar que os acidentes se encontram sempre entre as cinco principais causas de morte na criança e no jovem, independentemente da região do globo considerada, do grupo etário ou do sexo.

Durante muitos anos as doenças infecciosas, a alimentação inadequada e as deficientes condições sanitárias, constituíram a maior ameaça à saúde e bem estar da criança. O avanço das ciências médicas, o melhor controlo da patologia infecciosa e nutricional e a melhoria das condições sanitárias, levou a uma diminuição substancial da mortalidade por estas causas. Nas últimas décadas aumentou consideravelmente a percentagem de mortes por acidente e violência, constituindo actualmente nos Estados Unidos da América a maior causa de morte na criança (Christophersen, 1989). Segundo o autor, os acidentes são responsáveis por um maior número de mortes na criança, do que as seis próximas causas de morte combinadas - tumores malignos, anomalias congénitas, pneumonia, doenças cardíacas, homicídio e morte súbita.

Entre os acidentes não intencionais nos EUA, os ocorridos por veículos a motor são responsáveis pelo maior número de mortes, seguindo-se os acidentes domésticos que ocupam o segundo lugar. De acordo com o National Center for Health Statistics (1984), os acidentes não intencionais reivindicam o maior número de vidas nos jovens da faixa

etária dos 15 aos 19 anos e o segundo maior número nas crianças entre 1 e 4 anos. Enquanto que, os traumatismos motivados por veículos são responsáveis pela maioria das mortes nos adolescentes, os acidentes que ocorrem em casa, constituem a maior causa de morte nas crianças de idade pré-escolar (Christophersen, 1989).

Assim se compreende, que Haddon (1984) considere os acidentes, como a "última das grandes pragas humanas", (citado por Peterson e Roberts, 1992, p. 1040), acrescentando os autores, que eles ocorrem desproporcionalmente naqueles que são menos capazes de se protegerem a si próprios.

Os dados epidemiológicos relativos à mortalidade por acidentes domésticos nas crianças com idades compreendidas entre 1 e 4 anos, ao nível da Europa, revelam a maior frequência para alguns tipos específicos destes acidentes, como quedas, queimaduras, afogamentos, intoxicações e outros não especificados (Taket et al., 1991). Existem algumas variações consoante o país, por exemplo, em França, os afogamentos representam a maior causa de morte nas crianças deste grupo etário, seguidos da sufocação (Tursz, 1991c), assim como variam com a região geográfica considerada e com o sexo da criança, entre outros factores que serão posteriormente mencionados.

Em Portugal, tal como aconteceu em outros países, a mortalidade na criança e jovem por outro tipo de patologias, diminuiu de forma particularmente importante nas décadas de 40 e 50 e concomitantemente, a mortalidade por acidentes e violência tem vindo a tornar-se progressivamente mais relevante, ocupando desde 1976 o primeiro lugar das causas de morte no grupo etário do 1 aos 4 anos, contribuindo em 1987 para 40,5% do total de óbitos nesta idade (Cabeçadas, 1991).

Num trabalho realizado sobre "Dados Estatísticos de Mortalidade por Acidente Doméstico e de Lazer nas Crianças dos 0 aos 14 anos em Portugal (1981/1987)", Garrido (1990) refere que o acidente é a primeira causa de morte nas crianças entre 1 e 14 anos, sendo os acidentes domésticos e de lazer, os que atingem sobretudo as crianças do grupo etário do 1 aos 4 anos e os acidentes de transporte as do grupo dos 5 aos 9

anos, resultados não discordantes de estudos efectuados em outros países. Refere a mesma autora, que no contexto Europeu, Portugal se destaca por apresentar as taxas de mortalidade mais elevadas por acidente em crianças dos 0 aos 14 anos (Garrido, 1990).

Actualmente no nosso país, os acidentes ocupam a 5ª causa de morte ao nível de toda a população e são a maior causa de morte nas crianças com idade superior a 1 ano e jovens. Ao contrário da mortalidade infantil, de acordo com os dados publicados pelo INE, a taxa de mortalidade do grupo etário do 1 aos 4 anos, não tem tido uma evolução favorável nos últimos anos. Com um agravamento em 1991, manteve-se em 1992 e em 1993 apresenta valores superiores aos de 1990. As causas externas (mortes por acidentes e violências), mantêm um enorme peso na mortalidade deste grupo etário, tendo-se agravado em 1993, contribuindo com 118 óbitos (37.2%) num total de 317.

A posição de Portugal na Europa, segundo as últimas estatísticas mundiais, mantêm-se em grande desvantagem. Apenas a Federação Russa, a Bulgária e a Roménia apresentam maiores taxas de mortalidade neste grupo etário. Encontramo-nos ainda muito distanciados dos países da Europa (Carvalho, 1994).

De acordo com os dados apresentados no Quadro 1, em Portugal predominam os acidentes de viação em todas as idades, com maior frequência na faixa etária dos 5 aos 9 anos, que aumentam depois substancialmente na adolescência, seguindo-se os acidentes domésticos (afogamentos, quedas, intoxicações, queimaduras e acidentes causados por máquinas, objectos cortantes e perfurantes), entre as causas definidas, com especial relevância nas crianças do grupo etário do 1 aos 4 anos. É de realçar, que é frequente nos acidentes de viação nesta idade, a criança ser vítima do acidente na situação de passageiro do veículo. De destacar ainda, o elevado número de “outros acidentes”, assim como os casos em que se ignora se foi acidente ou outra forma de violência, por não serem devidamente identificados.

Quadro 1 - Óbitos por acidentes de viação, domésticos, outros acidentes e situações em que se ignora a causa, em crianças até aos 9 anos de idade

Idade	1991				1992				1993				1994			
	Viac	Dom	Out	Ign	Viac	Dom	Out	Ign	Viac	Dom	Out	Ign	Viac	Dom	Out	Ign
< 1 ano	9	6	56	4	11	3	33	3	7	6	19	5	5	4	28	0
1-4 anos	47	30	11	47	36	25	8	33	39	49	10	19	26	23	9	23
5-9 anos	68	18	3	16	46	16	11	14	46	6	5	21	48	16	4	21
Total	124	54	70	67	93	44	52	50	92	61	34	45	79	43	48	44

Fonte: Estatísticas de Saúde do INE, 1991 a 1994

Como se observa, houve um aumento bastante significativo de acidentes domésticos nas crianças do 1 aos 4 anos em 1993, e um declínio igualmente relevante no ano de 1994. Diminuiu o número de mortes por afogamento, queimaduras e quedas mantendo-se a frequência de intoxicações. Só que, já anteriormente tinha havido um decréscimo de 1991 para 1992, constatando-se assim, uma certa oscilação que não é tão notória relativamente aos acidentes de viação, cuja tendência parece ser no sentido da sua diminuição.

Os estudos epidemiológicos que se realizam nesta área, utilizam habitualmente a mortalidade como indicador. Contudo, isto é apenas "uma das faces visíveis (e negra) do tema acidentes" (Cavaco, 1993). Corresponde unicamente à parte visível do iceberg que é a accidentalidade nas crianças (Garrido, 1990), o que pode ser bastante enganador, já que a melhoria da prestação de cuidados médicos pode levar a uma diminuição da mortalidade sem diminuição da morbilidade, não traduzindo portanto um decréscimo real da incidência dos acidentes.

Muitas vezes a diminuição da taxa de mortalidade por acidente é acompanhada de um

aumento de morbilidade resultante dos mesmos, sendo frequentemente fonte de sofrimento e incapacidade permanente, numa idade em que são poucos os problemas de saúde (Taket et al., 1991). Os mesmos autores referem que as taxas de mortalidade não representam a situação de forma correcta, afirmando serem necessários outros indicadores dos quais os dados de morbilidade constituem uma clara prioridade. Quando se consideram não só os valores absolutos da mortalidade na criança e jovem associada a acidentes, mas o número de anos potenciais de vida perdidos, os números são assustadores (Taket et al., 1991). As estatísticas de mortalidade escondem muitas vezes um problema de grande dimensão e gravidade (WHO, 1980).

A morbilidade por acidente está pouco documentada, mas já em 1980/81, os resultados de um estudo realizado com 87.000 crianças e jovens de Massachussets, permitiu estimar que por cada acidente mortal, ocorriam 45 que necessitavam de hospitalização e 1.300 eram tratados em ambulatório (Gallagher et al, 1984).

Nos EUA em cada ano, 30.000 crianças sofrem de incapacidades permanentes, 600.000 crianças são hospitalizadas e aproximadamente 16 milhões recebem tratamentos em serviços de urgência devido a acidentes (Division of Injury Control, 1990).

No nosso país, existem vários estudos de base hospitalar, uns, de âmbito mais geral, como o de Barata (1990) em que pretende avaliar a gravidade dos acidentes, baseando-se nos dias de internamento em crianças acidentadas dos 0 aos 14 anos; outros, sobre alguns tipos específicos de acidentes, como intoxicações (Bandeira, et al., 1991, no Hospital de Santa Maria; Mota et al., 1994, no Hospital Pediátrico de Coimbra). Estes autores apontam como tóxicos mais frequentes, os medicamentos, seguidos dos produtos de uso doméstico (petróleo e derivados, substâncias corrosivas e detergentes, como por exemplo, soda cáustica e lixívia, pesticidas domésticos, entre outros). Mota et al., (1994) tal como Wilson et al., (1991) referem que, apesar das intoxicações domésticas não representarem actualmente a maior percentagem de morte na criança, continuam a ser situações muito preocupantes, não só pelo grande número de hospitalizações que provocam, como pela gravidade das situações, implicando

frequentemente internamentos em unidades de cuidados intensivos. No entanto, são raras as publicações que incluem acidentes domésticos que não tenham necessitado de hospitalização, por exemplo, trabalhos efectuados em centros de saúde, como o estudo de Cabeçadas (1991).

O EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System), que é um sistema de recolha de dados subsidiado pela Comunidade Europeia, que em Portugal funciona no âmbito do Instituto do Consumidor desde 1986, embora tenha permitido conhecer um pouco mais da realidade dos acidentes no país, só regista as situações que procuram tratamento hospitalar. A informação recolhida diz respeito aos acidentes domésticos e de lazer, excluindo os acidentes de viação e de trabalho.

Segundo o relatório anual do EHLASS - 1994, relativo a Portugal, o valor estimado do volume anual de acidentes domésticos e de lazer no país, é aproximadamente 750.000, sendo a incidência global deste tipo de acidentalidade, cerca de 75 casos por mil habitantes. Recordando as conclusões do I Encontro sobre "Acidentes e Saúde", em 1992, os acidentes domésticos são os que apresentam a maior incidência. Embora sejam menos graves como causa de morte e lesão muito séria, do que os rodoviários e laborais, ocorrem com maior frequência e provocam sofrimento pessoal e um elevado consumo de recursos nos serviços de saúde.

De acordo com os relatórios anuais do EHLASS relativos a Portugal, 1991 a 1994, emitidos pelo Instituto Nacional de Defesa do Consumidor, os dados recolhidos evidenciam uma elevada percentagem de ocorrência de ADL (Acidentes Domésticos e de Lazer) nas crianças e jovens, quando comparados com as restantes faixas etárias, com predominância no sexo masculino, naquelas idades.

Como se observa no Quadro 2, a percentagem de ADL é habitualmente mais elevada no grupo etário dos 0 aos 4 anos. Em ambos os grupos, a frequência de acidentes é superior nas crianças do sexo masculino. Os dados não são indicativos do decréscimo esperado e desejado, mas sim de uma certa estabilização.

Quadro 2 - Ocorrência de Acidentes Domésticos e de Lazer segundo o sexo e grupo etário, em crianças até aos 9 anos de idade (percentagem por total da população com ADL)

Idade/sexo	1991		1992		1993		1994	
	% Masc	% Fem	% Masc	% Fem	% Masc	% Fem	% Masc	% Fem
0-4 anos	11.5	9.9	14.6	11.5	14.4	11.8	14.1	11.8
5-9 anos	12	7.8	13.1	7.4	12.2	7.8	11.4	7.2

Fonte: Relatórios anuais EHLASS, do INDC, 1991 a 1994

Com base nos dados destes relatórios, também se pode verificar que a maior percentagem de acidentes na faixa etária dos 0 aos 4 anos ocorre dentro de casa, dando lugar em idades posteriores, a zonas do exterior como escola e zonas de transportes.

Em 1994, dos 339 acidentes ocorridos em crianças com idade inferior a 1 ano, 79.6% ocorrem no interior de sua casa e, dos 3607 ocorridos em crianças do grupo etário do 1 aos 4 anos, 60.2% dão-se nesse local, percentagens semelhantes a anos anteriores. Como tipo de lesões mais frequentes são apontadas as contusões/equimoses (50.2%), feridas abertas (27.1%), ambas provocadas sobretudo por quedas, e as intoxicações (4.3%), seguidas das queimaduras (3.9%). São apresentados índices de gravidade bastante elevados relativamente a acidentes motivados por ingestão de medicamentos e produtos de uso doméstico, especialmente em relação à lixívia. Realça-se também a maior taxa de hospitalização (30.9%) para as situações de “envenenamento/corrosão” (relatório EHLASS, 1994).

As conclusões deste relatório, relativamente ao tipo de acidente em estudo neste trabalho, salientam o aumento da incidência das intoxicações em ambos os sexos, especialmente no grupo etário do 1 aos 4 anos, passando de 3.4% em 1993 para 4.3% em 1994, enquanto que, a frequência de outros tipos de acidentes, se mantém ou apresenta um ligeiro decréscimo. Estes dados indiciam uma situação preocupante, pela gravidade que representa para a criança. Preocupação esta acrescida, quando se verifica,

que o número de chamadas recebidas anualmente no Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV) tem aumentado todos os anos, ascendendo a 17 mil no ano de 1993, a grande maioria das quais devida à ingestão de medicamentos, produtos domésticos e pesticidas por crianças (DEPS/DE, 1995).

Os rápidos avanços tecnológicos e o desenvolvimento das sociedades actuais, têm dado origem a uma autêntica “explosão” da produção, comercialização e utilização de produtos terapêuticos e de uso doméstico, muitos deles com graves efeitos tóxicos na criança. A proliferação deste tipo de produtos, nomeadamente em casa e o seu frequente manuseamento em inúmeros actos do quotidiano doméstico, estão muitas vezes na origem de comportamentos do adulto que facilitam o acesso da criança a estes tóxicos. Este acesso é ainda potencializado pela aquisição de uma maior autonomia motora por parte da criança, sobretudo a partir do primeiro ano de vida, que lhe permite a exploração do espaço físico que a rodeia.

Deste modo, assume grande relevância o estudo mais aprofundado das circunstâncias em que ocorrem tais acidentes e dos factores que os determinam, de forma a permitir o planeamento e implementação de medidas de prevenção mais eficazes, junto da população (Carvalho & Pardal, 1987, Mota et al., 1994).

Contudo, a maioria dos estudos na área dos acidentes, são sobretudo epidemiológicos, e como referem Manciaux e Deschamps (1984), a maior parte destes estudos, escolhem como critério de selecção um destes parâmetros: "mortes consecutivas a acidentes", para as estatísticas de mortalidade; "acto médico", na maior parte dos estudos de morbilidade; "consulta ou internamento no hospital", nos dados hospitalares; o que só permite recensear os acidentes mortais, ferimentos graves ou ligeiros que necessitam de tratamento, sem terem em conta as crianças com lesões, que não recorrem ao sistema de cuidados de saúde, os incidentes ou “acidentes menores” e os "quase-acidentes". Esta forma de avaliar os dados relativos aos acidentes, corresponde frequentemente à definição de acidente adoptada pelos investigadores. Em seguida, tentaremos esclarecer este facto e definir o conceito, tal como será utilizado neste trabalho.

1.2. A Definição de Acidente

As definições do termo "acidente" usadas pelos investigadores variam em alguns detalhes, mas habitualmente, envolvem as noções de acontecimento imprevisto ou não intencional.

A definição usada pela Organização Mundial de Saúde (1957) é um exemplo representativo. Acidente "é um acontecimento não premeditado resultando em dano reconhecível" (citado por WHO, 1980, p.3).

Uma outra definição semelhante, numa tentativa de revisão da primeira, foi a proposta por Marcusson e Oehmisch (1977), em que o acidente é "um acontecimento independente da vontade humana, provocado por uma força exterior, agindo rapidamente, e que conduz a dano físico ou mental" (citado por WHO, 1980, p.3).

Manciaux e Deschamps (1984) consideram estas definições incompletas, por eliminarem os acidentes que não provocam lesões, referindo que se devem incluir os denominados "quase-acidentes" ou acidentes falhados, em que estando reunidas todas as condições para que os acidentes ocorram, eles são evitados, sem qualquer dano. Assim como, devem também ser incluídos os "incidentes" ou acidentes menores, em que o dano resultante é tão pequeno que não necessita de qualquer cuidado especial, sendo estes os que representam a maioria dos casos.

A nossa concordância com estes autores, e os objectivos do estudo que propomos realizar, conduzem-nos à definição de acidente de Tursz (1991a) - "acontecimento potencialmente perigoso, inesperado, não intencional e abrupto, afectando a criança, o qual pode ou não produzir lesão", (p.40).

Ao definir acidente desta forma, consideram-se excluídas as lesões originadas por actos de violência exercidos sobre as crianças, que constituem claramente uma problemática diferente.

Só uma definição deste tipo que abrange os acidentes que não provocam lesões, ou que as causam de forma mínima, pode incluir a parte imersa do que O. Jeanneret denominou de "Iceberg dos acidentes" (citado por Manciaux e Deschamps, 1984).

Em relação ao acidente doméstico, considera-se todo o acidente que, tendo em conta as considerações referidas, ocorra em casa, entendendo-se por casa, a unidade de habitação excluindo-se o que a ela está ligado, como jardim, pátio, garagem ou outras dependências.

Actualmente o termo acidente tem sido motivo de grande discussão. Segundo Roberts & Brooks (1987), numerosos autores, evitam o termo "accident" o qual implica o efeito do acaso, sorte, destino, evocando fatalidade, algo que é inevitável. Preferem em sua substituição, utilizar "unintentional injury", para transmitir a ideia de que as consequências são explicáveis e preveníveis.

Na literatura consultada, constatámos que os autores ingleses e americanos, utilizam na sua grande maioria o termo "injury", referindo-se a "accident", apenas quando abordam a distinção entre estes termos (Wilson & Baker, 1987; Peterson et al., 1987; Horwitz et al., 1988; Division of Injury Control, 1990, entre muitos outros). Os franceses utilizam "accident", e como refere Manciaux (1991) é urgente que se chegue a um acordo sobre um termo (existem referências a "trauma", "traumatisme", "blessure") que, como o autor afirma, permita "d'introduire dans les écrits mais surtout dans les esprits, cette distinction fondamentale: l'accident n'est pas blessure, mais peut la provoquer" (p.32).

No nosso país, os autores são unânimes em utilizar a palavra "acidente", pelo que a sua adopção não nos levanta dúvidas, embora já existam indícios da sua discussão.

Edanius (1994) afirma que acima de tudo, o termo "acidente", embora possa ter outros significados mais concretos, para a grande maioria das pessoas significa algo que acontece por acaso, uma fatalidade, um acto incontrolável do destino. Pelo que, mesmo que compreendamos e reconheçamos que os "acidentes" podem ser evitados, o termo é

em si, inadequado do ponto de vista científico. Assim, propõe como expressão correcta a utilizar “ocorrência traumática não intencional”. Esta seria para o autor uma forma de reforçarmos a compreensão do problema.

Estes foram os motivos, porque optámos pela designação de “Intoxicação não intencional” substituindo o termo acidental, bastante mais comum nas nossas publicações.

1.3. Acidentes e Prevenção

“... the injury control area was formerly considered simply a medical issue has been exposed as a labyrinthian health, psychological, and social issue.”

Roberts & Brooks, 1987

O tremendo impacto do acidente na saúde e qualidade de vida dos indivíduos, torna claro que o “acidente” deve ser definido como um problema de saúde pública prioritário (Félix & Tursz, 1991; Romer & Manciaux, 1991; Rosenberg & Fenley, 1992; Peterson & Brown, 1994).

O caminho para a diminuição do acidente não intencional, especificamente o acidente infantil é claramente a prevenção. Um dos aspectos mais conflagradores para os técnicos que se confrontam com as crianças vítimas de acidentes, é o facto de eles serem evitáveis. Contudo, para o estabelecimento de estratégias de prevenção eficazes, é necessário um conhecimento profundo dos factores etiológicos do acidente não intencional na criança e uma compreensão global deste acontecimento multifactorial (Sand, 1991; Tursz, 1991b).

A criança, “ser” em contínuo desenvolvimento é por inerência do processo de descoberta do mundo que a rodeia e de si próprio, vulnerável ao acidente. Os riscos são diferentes consoante a etapa de desenvolvimento considerada e as características individuais de cada criança. A variabilidade do risco é também função do meio físico, familiar, socio-económico e cultural em que a criança se insere. É esta visão global que é importante manter, quando se pretende estudar o acidente infantil. Apesar da proliferação dos estudos nesta área, sobretudo na última década, muita da problemática inerente ao acidente infantil está ainda por esclarecer, não tanto relativamente à epidemiologia do acidente, mas sobretudo no que diz respeito ao conhecimento e compreensão dos seus determinantes comportamentais, que só mais recentemente despertaram o interesse dos investigadores.

Uma breve recapitulação da história do estudo científico dos acidentes, poderá facilitar o conhecimento da sua evolução e da mudança do enfoque em termos de prevenção.

Até meados deste século a pesquisa limitava-se à descrição das lesões de natureza física. Mais tarde, foi ganhando força a ideia que os acidentes não são acontecimentos fatídicos, inevitáveis, mas sim produtos de evitáveis forças ambientais e comportamentais, que em conjunto produzem tal acontecimento lamentável. A crença de que condições físicas específicas e actos humanos constituem os determinantes do acidente e que estes não são fruto do destino ou do acaso, foi a principal mudança que motivou o interesse dos investigadores para as causas dos acidentes, tal como tinha acontecido com o estudo das doenças (Peterson et al., 1987). Deste modo, não é surpreendente que quando os acidentes se tornaram objecto de estudo científico, o primeiro método de análise usado, tenha sido o epidemiológico - perspectiva de estudo “herdada” do clássico padrão de pesquisa da etiologia da doença. Inicialmente, a pesquisa epidemiológica focalizou-se na acumulação de estatísticas populacionais, especificamente sobre incidência e prevalência dos acidentes.

O primeiro modelo conceptual para o estudo da etiologia e da prevenção do acidente, é proposto por Haddon em 1972 (citado por Rivara & Mueller, 1987; Roberts & Brooks, 1987; Peterson & Brown 1994), ainda actualmente considerado por alguns autores como Rivara & Mueller (1987), como um bom modelo para o estudo desta problemática. Neste modelo, o autor propõe o cruzamento de duas dimensões - a dimensão “acontecimento” e a dimensão “epidemiológica”. A primeira, diz respeito ao período de tempo do acontecimento, (incluindo três fases ou períodos - antes, durante e após a ocorrência do acidente), a segunda, refere-se aos factores nele envolvidos (factores humanos, agente ou veículo e meio físico e socio-cultural). Dentro de cada fase, podem considerar-se os diferentes aspectos relativos ao hospedeiro, agente e meio - a clássica “tríade epidemiológica”. A intercepção destas duas dimensões, cria uma matriz de categorias para o estudo sistemático dos acidentes e das suas possíveis estratégias de prevenção (Rivara & Mueller, 1987).

Foi este o modelo de base à maioria da investigação inicial nesta área. Assim, as primeiras contribuições ao nível da prevenção, surgiram a partir de modelos médicos da área da saúde pública. Dada esta orientação, o alvo de intervenção prioritária foi o agente ou vector do acidente, o período de tempo preferido foi o “antes do acontecimento” e a intervenção era dirigida a toda a população, baseada sobretudo em medidas ambientais. Por exemplo, a implementação de medidas legislativas ao nível do tráfego, alteração no tipo de embalagens de produtos perigosos tornando a sua abertura resistente às crianças, entre outras.

Estas orientações iniciais, não apoiaram as tentativas para intervir no factor hospedeiro (humano). As pesquisas a este nível limitavam-se aos factores demográficos, como a idade e o sexo, revelando por exemplo que os acidentes eram mais frequentes nos rapazes que nas raparigas. Houve um claro repúdio pelo estudo dos factores comportamentais. Segundo Peterson & Brown (1994), os investigadores argumentavam que ao estudarem os factores relacionados com a criança ou com os pais face ao acidente, pareciam estar a “culpar a vítima” sem criarem um alvo útil para a prevenção. Nos anos 70 até ao início de 1980, os escassos programas orientados para os pais, baseados em estratégias tipicamente usadas em saúde pública, visando a alteração de comportamentos, foram essencialmente de natureza educacional, e não tiveram impacto nas estatísticas relativas ao acidente na população.

Assim, Peterson & Brown (1994) afirmam, que na época, os estudos eram essencialmente descritivos e os modelos de tendência unidimensional, focalizados mais nos aspectos físicos e problemas sociais do que em factores de ordem cognitiva e comportamental.

Com o desenvolvimento dos estudos descritivos da etiologia do acidente, para além da descrição dos tipos de acidentes mais frequentes nas crianças (por exemplo afogamentos e intoxicações), foram categorizados os atributos da vítima, como o sexo e o nível socio-económico entre outros. Tornando-se assim evidente a interacção de múltiplos componentes, havendo surgido a necessidade de intervenção comportamental específica,

implicando um maior conhecimento dos factores intervenientes no acidente. Este facto é considerado por Peterson et al., (1987), como muito importante, não só pelo valor de tais dados, como por ser revelador das limitações da abordagem epidemiológica, possibilitando considerar abordagens alternativas.

É assim que a partir dos anos 80, as ciências comportamentais e sociais, passam a ser envolvidas no estudo dos acidentes e nos programas de prevenção, onde o papel dos psicólogos passa a ser fundamental na sua compreensão e no desenvolvimento de programas de intervenção, visando a mudança de comportamentos (Rosenberg & Fenley, 1992; Spielberg & Frank, 1992; Williams & Lund, 1992).

Enquanto os factores ambientais, foram durante vários anos o foco de pesquisas e de intervenção, passa também agora a valorizar-se o papel do comportamento e dos factores psicossociais, na causa e na prevenção dos acidentes, especialmente na infância e na adolescência, pela elevada taxa de mortalidade e morbilidade causada por acidentes nestes grupos. Surgem assim, novas abordagens de estudo e conseqüentes intervenções multidimensionais.

Sand (1991) baseado no encontro da WHO realizado em 1980, considera relevante a associação entre alguns factores psicossociais e a ocorrência de acidentes, particularmente na infância e adolescência. O autor, considera como mais importantes: os padrões familiares de parentesco, ligações e estruturas; estilos de vida; sistemas sociais institucionalizados, formas de lidar com as ameaças e resolução de conflitos; características culturais, valores e crenças que orientam a socialização da criança em particular as práticas educativas, e ainda as características psicológicas, tais como atitudes e personalidade. Segundo Sand (1991), estes factores raramente actuam de forma isolada e devem ser considerados em associação com outras variáveis (em particular as de natureza biológica e ecológica). Considera que nos primeiros anos de vida, a segurança da criança é unicamente assegurada pela protecção que provém dos pais e outros educadores, e também de técnicos que intervêm a nível do ambiente físico. Para este autor, uma vez que pertence aos pais a escolha dos objectos utilizados pela

criança, assim como grande parte da organização da segurança do meio onde vive, é deles também a responsabilidade da protecção, da educação e da avaliação dos riscos, essencialmente no que diz respeito aos acidentes domésticos.

São os pais, que devem assegurar à criança a protecção necessária nos primeiros anos de vida, tomando decisões educacionais de acordo com o conhecimento que têm da criança e das suas capacidades, encaminhando-a progressivamente no sentido da independência, de forma a prepará-la para enfrentar e lidar com situações cada vez mais variadas e complexas. O autor faz também referência à importância do nível socio-económico da família, na medida em que habitualmente, famílias de níveis mais desfavorecidos são as que possuem menor nível educacional e ambientes domésticos com condições mais degradadas. Menciona ainda outros factores de risco como a instabilidade familiar, separação dos pais, doenças graves nos elementos da família, e famílias numerosas (Sand, 1991).

Na mesma linha Garling (1985) refere que, face a um problema multifacetado como é claramente o acidente na criança, este não pode ser abordado com sucesso apenas por uma perspectiva, mas por várias que devem considerar-se complementares. Focaremos três das que consideramos serem conceptualizações representativas das actuais medidas de prevenção dos acidentes na criança.

Começamos pela abordagem proposta por Rivara & Muller (1987), que descreve e analisa a categorização dos riscos de acidentes, de acordo com o modelo predominante em epidemiologia, seguindo os parâmetros clássicos - hospedeiro, agente e meio, considerada pelos autores como mais racional e científica que as simples abordagens casuais anteriores. No hospedeiro, incluem factores relativos à criança e aos pais e no meio ambiente englobam o meio físico e socio-cultural. As suas pesquisas, revelaram por exemplo que, a idade e o nível de desenvolvimento da criança estão associados a diferentes tipos de acidentes, as crianças do sexo masculino têm maior probabilidade de sofrer acidentes, assim como os filhos de mães jovens ou crianças que pertencem a famílias de baixo nível socio-económico (Rivara & Muller, 1987; Rivara et al., 1989).

Defendem que a prevenção do acidente, não é uma responsabilidade individual, mas sim uma obrigação da comunidade. A modificação do meio envolvente da criança, é considerada a medida de prevenção mais eficaz, cabendo aos profissionais de várias áreas, a responsabilidade de agir como advogados das crianças, tornando o seu meio ambiente mais seguro. Consideram que as medidas educacionais isoladas, são provavelmente ineficazes na prevenção da maioria dos acidentes na infância, podendo no entanto, constituir complementos importantes na diminuição da exposição ao risco (Rivara & Muller, 1987).

Na perspectiva destes autores, as medidas preventivas mais eficazes, são as que raramente requerem mudanças de comportamento por parte do indivíduo, por exemplo, o uso de detectores de fumo ou a redução da temperatura da água no termo-accumulador. Estas, são as designadas medidas de prevenção passivas, enquanto as medidas de prevenção activas, requerem habitualmente repetidas acções dos indivíduos, de forma a alcançarem algum benefício de protecção, tais como manter os produtos perigosos fora do alcance das crianças sempre que são utilizados, o uso do cinto de segurança, entre muitas outras (Roberts & Brooks, 1987). Referem estes autores, que as intervenções passivas abrangem frequentemente um elevado número de pessoas sem necessitarem de um esforço activo, o que acontece com a implementação de algumas medidas legislativas e mudanças no meio, ao passo que as consideradas activas dependem do número de pessoas que as executam. Em sua opinião, estas são complementares (Roberts & Brooks, 1987).

Uma segunda perspectiva de abordagem do problema, vinda da psicologia ambiental, propõe claramente a utilização destes dois tipos de intervenção (activas - passivas) na prevenção dos acidentes na criança, como podemos constatar nas palavras de Valsiner & Lightfoot: “Neither environmental nor behavior strategies can ensure safety. Both together, however, may improve the chances for safe outcomes” (1987, p.71).

Os autores que defendem uma abordagem sistémica, afirmam que os acidentes na criança devem ser vistos como uma disfunção do sistema pais/criança integrados no seu

meio. Assim, a análise dos acidentes deve centrar-se no conjunto de “transações” pais-criança-ambiente, e a sua prevenção é formulada com base numa estrutura de referência, designada “individual-socioecológica” (Garling & Valsiner, 1985, p.241).

A abordagem socio-ecológica, parte do pressuposto de que o ambiente da criança é premeditadamente projectado por outros, e que a sua interacção com o meio é também por eles regulada. Deste modo, na infância, a natureza pré-estruturada do meio e a interacção com este, envolve acções planeadas pelos pais, irmãos, professores e outras pessoas que lidam com a criança, pelo que, a análise do acidente e sua prevenção requer a integração simultânea das conceptualizações da criança, dos seus “cuidadores”, e do meio onde vive, dentro do mesmo sistema de conceptualização [“(culture \Leftrightarrow (caregivers \Leftrightarrow (child \Leftrightarrow environment)))]” - Garling & Valsiner, 1985, p.242].

Assim, múltiplos esforços de prevenção devem ser implementados. Valsiner & Lightfoot (1987) sugerem os seguintes: a divulgação de conhecimento à população em geral e aos “cuidadores” em particular, no sentido de poderem agir com maior competência; a análise das situações relacionadas com os acidentes, não esquecendo os factores contextuais, afirmando que a prevenção tem lugar “...in the context of the everyday events of caretakers as they go about raising children” (1987, p.70). Acrescentam ainda, que a interacção criança-meio é premeditadamente guiada pelos “cuidadores”, que utilizam diferentes tipos de informação na compreensão e estruturação de uma dada situação, como normas culturais, características da criança em geral e o conhecimento específico que possuem sobre a criança em questão, que devem ser tidos em conta em situações de prevenção.

Na opinião destes investigadores, os esforços deverão direccionar-se no sentido de tornar o ambiente facilmente compreensível para as crianças e pais ou outros educadores, de modo a poderem detectar e controlar os perigos, e fornecer simultaneamente conhecimento sobre estratégias eficazes para a prevenção dos acidentes nas suas crianças (Garling 1985). A compreensão do sistema de transacções criança-meio-pais e a mútua ligação entre intervenções ambientais e comportamentais,

podem conduzir à diminuição dos acidentes na criança (Valsiner & Lightfoot, 1987).

A perspectiva cognitiva na abordagem dos acidentes infantis é mais recente, e defende a necessidade de uma maior precisão em identificar os factores responsáveis pelo acidente na criança (Peterson, Farmer & Mori, (1987). As autoras, embora não apresentem propriamente um modelo teórico de base para o estudo desta temática, defendem uma abordagem mais focalizada na “pessoa” e no seu comportamento (criticando as abordagens molares da epidemiologia), apontando como alvos potenciais de intervenção - o meio, o cuidador ou a criança (Peterson et al., 1987). Contudo, Peterson e vários colaboradores têm-se debruçado essencialmente, nos estudo dos comportamentos dos pais e seus determinantes (Peterson et al., 1990; Peterson et al., 1993), visando não só complementar as perspectivas tradicionais, como contribuir para novas intervenções comportamentais.

Segundo Peterson et al. (1987), uma análise mais profunda das situações de acidente na criança, com base nos seus antecedentes e consequências, contribuirá para a identificação de alvos apropriados para ambas as intervenções - ambientais e comportamentais.

Na sua opinião, as intervenções ambientais e comportamentais “...are pieces of the same injury prevention puzzle” (1987, p.40), e na maior parte das situações, elas devem ser usadas em simultâneo. Por exemplo, a existência de uma protecção nas escadas (ambiental), de forma a evitar quedas na criança, para ser eficaz, exige que as pessoas a mantenham colocada (comportamental); o termostato na água pode prevenir as queimaduras, mas a supervisão dos pais é necessária para prevenir o afogamento. Cada método pode absorver algum risco, mas não é totalmente eficaz (Peterson et al., 1987). Pelo que, a participação activa dos pais nas medidas de prevenção dos acidentes domésticos na criança, é requerida na grande maioria das situações (Peterson et al., 1987; Russel, 1991).

No entanto, enquanto a pesquisa sobre a prevenção do acidente na criança revela grande

sucesso em relação às intervenções ambientais, essencialmente as de carácter legislativo e estrutural (Rivara & Muller, 1987; Wilson & Baker, 1987), algum insucesso tem sido evidenciado, com as intervenções baseadas na educação, para aumentar o conhecimento parental, visando a mudança das suas atitudes e comportamentos, face à prevenção dos acidentes nas crianças (Pless & Arsenault, 1987). Estes resultados verificam-se concretamente no caso dos acidentes domésticos, em que as taxas têm aumentado e os programas para redução dos riscos em casa têm falhado, como por exemplo, no caso de “aconselhamento” para reduzir as intoxicações nas crianças em idade pré-escolar (Scheidt, 1988).

Este facto tem merecido a reflexão de alguns autores e direccionado as suas actuais pesquisas. Russell (1991), citando Pless & Arsenault (1987), lembra que a educação para a saúde dirigida à mudança de comportamentos, quando não dá atenção aos factores que os influenciam, tem habitualmente um sucesso mínimo. Assim, para Russell (1991) a identificação dos factores que influenciam o envolvimento (ou não envolvimento) dos “cuidadores”, em acções de prevenção relativas ao acidente na criança, surge como um componente crítico. A autora centra-se sobretudo no estudo das crenças das mães, relativas à prevenção dos acidentes domésticos nas crianças mais novas.

Na mesma linha de pensamento, Glik (1991) afirma, que as percepções e os comportamentos dos pais começam a ser variáveis chave. As formas de pensar e de agir dos pais relativamente à segurança na criança podem ser críticas para a prevenção dos acidentes nas mesmas. As percepções de riscos dos pais podem determinar a sua visão sobre os perigos, acções e situações, considerando-as como perigosas ou isentas de risco. Correctas ou imprecisas percepções de risco, podem incentivar ou inibir os pais na organização do meio ambiente de forma a torná-lo seguro. Também Peterson et al. (1990) haviam já salientado, a importância do estudo das crenças e atitudes dos pais relativas ao acidente na criança e a relação destas com os seus comportamentos de prevenção, de forma a possibilitar uma maior eficácia de futuras intervenções educacionais.

Em concordância com estes autores, Frank et al. (1992) e Rosenberg & Fenley (1992) afirmam, que a redução do número de acidentes requer uma mudança nas crenças, atitudes e comportamentos dos indivíduos, juntamente com medidas que tornem o seu meio ambiente mais seguro. Mas, acrescentam Frank et al. (1992), que a implementação bem sucedida de comportamentos de segurança, exige um conhecimento do indivíduo e da comunidade e as intervenções devem ser condizentes com os conceitos e motivações dos indivíduos, com especial atenção para o conceito de vulnerabilidade percebida ao acidente.

Leclercq (1991) salienta que frequentemente os técnicos responsáveis por acções de formação apoiam-se “...uniquement sur ses propres schemas intellectuels sans s'intéresser aux représentations et aux motivations du public auquel il s'adresse” (p.181). Para além da linguagem dos técnicos ser frequentemente diferente da dos “leigos”, e porque a prevenção do acidente na criança é uma causa nobre, refere o autor que os técnicos tendem muitas vezes a enumerar dados estatísticos e a proclamar conselhos, na tentativa de valorizar a situação, sem se preocuparem com os indivíduos a quem a informação se dirige.

Se o acidente na criança, em particular os acidentes domésticos, constituem actualmente um grave problema, a sua prevenção como vimos, não é na realidade menos complexa.

No nosso país, os investigadores têm-se centrado em estudos epidemiológicos, considerados de grande utilidade, na medida em que são reveladores da realidade do país, em termos da accidentalidade no âmbito da criança. Por sua vez, as intervenções preventivas têm incidido em medidas de carácter ambiental, bastante dirigidas a modificações estruturais, implementadas na maioria das vezes, através de legislação. No entanto, a legislação portuguesa quando comparada com a comunitária, não só é bastante escassa como recente. A exemplo disso, enquanto as normas de segurança dos brinquedos, surgem como directiva do Conselho Comunitário, nos outros países em 1988, em Portugal, constitui decreto-lei em Outubro de 1992 (relatório EHLASS, 1992). Também só muito recentemente, se conseguiu que fossem retiradas do mercado algumas substâncias altamente tóxicas para a criança.

Para além destas intervenções são ainda de salientar, os esforços efectuados em termos de medidas educacionais junto da população: acções de formação / educação realizadas pelos técnicos de saúde (especialmente por enfermeiros), sobretudo a pais nas suas idas aos Centros de Saúde; campanhas de prevenção efectuadas pelos media; encontros organizados por profissionais de saúde, no âmbito da segurança infantil implicando educadores, professores e outros técnicos; a divulgação de “panfletos e pequenas brochuras” sobre a prevenção dos acidentes domésticos nas crianças, efectuados por várias entidades como Instituto do Consumidor, Direcção Geral de Saúde e pela Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI)*.

Actualmente, a preocupação com esta problemática, é revelada quando a Comissão Nacional de Saúde Infantil - Ministério da Saúde, declara em 1993, que os acidentes na infância constituem uma prioridade da política de saúde no nosso país, pelo que, salienta a necessidade de se desenvolver um Programa Nacional de Promoção de Segurança Infantil, que implemente com carácter urgente medidas de prevenção, incluindo medidas legislativas, ambientais e de educação relativas aos riscos na criança, dirigidas a pais e outros familiares, assim como a crianças, profissionais de educação e outros.

Mas, apesar do desenvolvimento de intervenções preventivas no âmbito dos acidentes domésticos nas crianças, os esforços dispendidos não têm sido coincidentes com os resultados esperados, em termos da redução de ocorrência destes acidentes, como vimos.

Provavelmente, só um esforço conjunto multidisciplinar, onde participem técnicos de saúde, psicólogos, legisladores, desenhadores, arquitectos, engenheiros, educadores, professores e toda a população, possibilitará o controlo dos acidentes (Scheidt, 1988; Leclercq, 1991; Wilson et al., 1991; Rosenberg & Fenley, 1992).

*Esta Associação surgiu em 1991, e não só, tem contribuído para a divulgação de medidas de segurança doméstica e outras, através do seu Boletim, como, tem tomado iniciativas junto dos Organismos Superiores e da população, no sentido da promoção da segurança infantil.

Parece então, ser o momento oportuno, para que no nosso país se lance aos vários técnicos, um convite semelhante ao que Williams & Lund, dirigiram aos psicólogos “we invite psychologists to step forward and address this important area of injury control” (1992, p.1039).

1.4. Segurança da Criança no Espaço Doméstico - Intervenção dos pais

“The protection of children from injury ultimately depends on the actions of adults”

Eichelberger et al., 1990

Vimos anteriormente que os acidentes domésticos constituem uma das maiores ameaças à saúde das crianças, sobretudo no grupo etário do 1 aos 4 anos, e que a sua solução consiste na implementação de medidas de carácter preventivo.

Localizando-nos no espaço doméstico, a segurança da criança depende fundamentalmente dos pais.

As estratégias de intervenção tais como legislação e medidas estruturais, que não requerem uma resposta do adulto ou da criança, têm sido reconhecidas como mais eficazes. Contudo, não restam dúvidas, que muitas das situações de risco que afectam as crianças na idade pré-escolar, somente podem ser evitadas pelos comportamentos dos seus “cuidadores” (Wortel & Geus, 1993). Os pais ou outros responsáveis pelas crianças, têm um papel primordial na prevenção dos acidentes, intervindo entre os riscos e a criança (Stratton, 1985, citado por Peterson et al., 1993).

A interacção da criança com o meio, condição fundamental ao seu desenvolvimento, pode constituir uma situação de risco. Face a esta, vários são os comportamentos esperados por parte dos pais, nomeadamente a implementação de medidas de segurança ao nível do meio (estruturação do ambiente físico), vigilância/supervisão e educação da criança (Wortel & Geus, 1993). Os autores afirmam, que embora em numerosas ocasiões, estas três formas de comportamentos de segurança sejam necessárias, as medidas dirigidas ao meio devem ser implementadas sempre que possível, porque vigiar e educar, têm algumas deficiências importantes (1993).

Os efeitos da educação na regulação da interacção da criança com o meio, são especialmente limitados nas crianças mais novas. Muitas destas crianças, não possuem ainda capacidades para perceber e calcular os riscos que as ameaça, e para além de curiosas, facilmente se distraem com acontecimentos vários que se passam à sua volta (Wortel & Geus, 1993). Aceita-se que é a partir dos dois anos e meio, três anos, que a criança se torna acessível a esta educação, cabendo à família a mudança progressiva de uma atitude protectora a uma pedagogia activa, evitando, quer a negligência, quer a superprotecção (Pardal, 1980; Manciaux & Deschamps, 1984).

Na opinião de Wortel & Geus (1993) a supervisão, embora fundamental para proteger a criança das situações de risco, revela-se frequentemente pouco eficaz, sendo afectada por mudanças de circunstâncias, como o stress parental, fadiga, ou até por uma simples e súbita chamada telefónica. A constante supervisão, para além de não ser realista, pode até não ser adequada em termos do desenvolvimento psicológico da criança (Wortel & Geus, 1993).

São vários os estudos, cujos resultados revelam que a maioria dos acidentes domésticos ocorrem na presença do adulto (Cabeçadas, 1991), inclusivamente no caso das intoxicações (Oliveira et al., 1994). Como refere Cordeiro (1991), muitas vezes o adulto está presente fisicamente mas distraído ou ocupado, como é o caso da mãe, frequentemente absorvida pelas tarefas da vida doméstica.

As intervenções são na realidade complementares, e sobretudo nos primeiros tempos de vida da criança, a função dos pais é proteger a criança eliminando os riscos ambientais e vigiando as suas actividades. Mas, segundo Wortel & Geus (1993), os pais revelam mais dificuldades em adoptar medidas de segurança ao nível do ambiente, do que na supervisão ou educação dos seus filhos. Provavelmente, afirmam os autores, adoptar medidas de segurança não é tão espontâneo como educar e vigiar, que na maioria das vezes acontece intuitivamente. Particularmente no caso do equipamento de segurança, os resultados do seu estudo sugerem que a sua utilização tem um forte componente cultural. Por exemplo, embora os mesmos produtos (protecção para o fogão) estejam

disponíveis no mercado, os pais Suecos compram-nos e utilizam-nos com maior frequência, do que os pais Holandeses (Wortel & Geus, 1993).

Na realidade não é fácil mobilizar os indivíduos a modificar hábitos de conduta que, muitas vezes, são culturalmente reforçados, e sobretudo, quando essa mudança implica hábitos do quotidiano doméstico que estão fortemente implantados. Esta escassez de implementação de medidas de segurança pelos pais, tem motivado os autores ao estudo dos comportamentos de segurança e sua associação com diferentes variáveis, visando desenvolver programas de educação dirigidos aos pais.

É de referenciar o estudo realizado por Wortel & Geus (1993), sobre as medidas de segurança adoptadas pelas mães, relativamente à prevenção dos acidentes domésticos na criança em idade pré-escolar. Foram estudados três tipos de acidentes - intoxicações, queimaduras e quedas. Os resultados deste estudo, evidenciaram que as mães adoptavam poucos comportamentos de segurança, e por vezes, quando os adoptavam, poderiam considerar-se apenas parcialmente eficazes. Por exemplo, em relação ao risco de intoxicações, um grupo significativo de mães, revelaram proceder de forma pouco segura para a maioria dos agentes tóxicos - produtos de uso doméstico, bebidas alcoólicas, cosméticos, artigos de fumo e plantas venenosas. Concretamente, 22% das mães foram consideradas ter um comportamento “pouco seguro” (unsafe) relativamente aos produtos de uso doméstico e 9% em relação aos medicamentos. Era considerado como “unsafe”, sempre que as mães colocavam os produtos a uma altura inferior a um metro e meio, mesmo quando os armários eram fechados com chave.

Resultado igualmente importante diz respeito à consistência dos comportamentos de segurança das mães. Estes, não eram consistentes em relação aos diferentes tipos de acidente na criança, assim como, também variavam perante diferentes situações de risco, que podiam pôr em causa o mesmo tipo de acidente. Por exemplo, retirar os fósforos para evitar queimaduras, não implicava que as mães utilizassem protecção no fogão. Motivo pelo qual, os autores defendem que as diferentes medidas de segurança devem ser estudadas separadamente (Wortel & Geus, 1993).

Quanto à associação entre a adoção dos comportamentos de segurança das mães e o seu nível educacional, os autores não encontraram uma relação significativa entre as variáveis. Só algumas das medidas adoptadas mostraram uma relação significativa, como no caso das intoxicações, em que as mães com nível educacional mais elevado revelaram procedimentos menos seguros, quando comparadas com mães de nível mais baixo, no que diz respeito aos produtos “do-it-your self”, dos medicamentos e cosméticos. O inverso foi verificado em relação ao cuidado com os artigos de fumo. Assim, Wortel & Geus (1993) afirmam, que os técnicos não precisam de ter em conta os diferentes níveis educacionais das mães nos programas de educação relativos à segurança.

Quanto à associação do nível educacional ou estatuto socio-económico, com outras variáveis, os resultados de diversos estudos no âmbito de prevenção dos acidentes domésticos, apresentam algumas controvérsias.

Autores anteriormente referidos, como Rivara & Mueller (1987) afirmam, que as crianças de famílias de nível socio-económico baixo, têm maior probabilidade de sofrer acidentes, enquanto Horwitz et al. (1988), consideram que este não é um bom preditor da ocorrência de acidentes na criança. Glik et al. (1993), que abordaremos posteriormente, verificaram que os pais de estatuto mais baixo tinham maior número de perigos em casa, o que revelava menos comportamentos de prevenção. Mas, Peterson & Roberts (1992) referem que, não são só os pais com dificuldades económicas e de baixo nível educacional, cujas crianças estão em maior risco, que utilizam menos comportamentos de segurança. Os pais de classe média, não possuem fortes percepções do risco das suas crianças aos acidentes, nem a crença de que devem assumir a responsabilidade de lhes ensinar comportamentos de segurança (Peterson et al., 1990).

Eichelberger et al. (1990) na sua pesquisa acerca das atitudes e conhecimento parental sobre a segurança na criança, para além de terem verificado que os pais de baixo estatuto, demonstravam uma compreensão mais limitada sobre a segurança da criança,

concluíram ainda que, de uma forma geral, os pais sabem pouco sobre as situações de risco para os filhos, sobretudo no que se refere aos perigos na estrada e a alguns acidentes domésticos. Os pais, ao descreverem precauções para reduzir o risco de acidentes não intencionais, mencionam com frequência a necessidade de “ser cuidadoso”, mais do que a de implementar medidas de segurança. Muitos pais, sustentam a crença errada, de que a prudência e a vigilância são meios efectivos para proteger a criança, o que leva os autores a afirmar “the parents’ combined ignorance and indifference” (1990, p.719). Concluem ainda, que os pais consideram os profissionais de saúde como líderes em segurança infantil, tendo sido os médicos a sua primeira escolha, para receberem informação acerca da prevenção dos acidentes na criança. Esta preferência, segundo os autores, revela o “potencial” dos profissionais de saúde no sentido de aumentar os conhecimentos e compreensão dos pais acerca da segurança infantil, que deve ser optimizado nas consultas de rotina, uma excelente oportunidade para lhes fornecer conhecimentos relativamente aos riscos e à prevenção dos acidentes nas crianças (Eichelberger et al., 1990).

Estes, constituem apenas alguns dos estudos realizados neste âmbito, outros, teremos oportunidade de referenciar, após a descrição dos modelos teóricos nos quais se basearam.

2. CRENÇAS E COMPORTAMENTOS RELATIVOS À SAÚDE

2.1. Modelos Teóricos de Referência

"It is now widely recognised that, by adopting a healthy lifestyle, people can actively contribute to their state of health"

Terry et al., 1993

Nos anos mais recentes, os investigadores têm-se interessado pela identificação dos factores que influenciam os indivíduos a aderirem a comportamentos de saúde - isto é, acções que promovem o bem estar e contribuem para a prevenção da doença (Terry et al., 1993).

Na tentativa de identificar esses determinantes, os autores têm estudado um grande e diferente leque de variáveis para, como referem (Terry et al., 1993), poderem explicar as diferenças na adesão dos indivíduos a tais comportamentos e encontrarem estratégias necessárias à mudança desses hábitos/práticas de saúde.

Factores de vária ordem têm sido considerados como influentes na prática de comportamentos de saúde, entre os quais - factores sociais, emocionais e cognitivos (Sarafino, 1990; Taylor, 1991), embora um número relevante de trabalhos teóricos e empíricos desenvolvidos nesta área, saliente a importância dos factores de ordem cognitiva como determinantes do desempenho de comportamentos de saúde pelos indivíduos tais como, as suas crenças, valores e atitudes, entre os quais são de referir os estudos de Ajzen & Fishbein (1980); Manstead, Proffitt & Smart (1983); Janz & Becker (1984); Schifter & Ajzen (1985); Peterson, Farmer & Kashani (1990); Beale & Manstead (1991); Russel (1991); Taylor (1991); Houtrouw & Carlson (1993); Terry, Gallois & Malcolm (1993).

Diversos modelos teóricos têm assim, sido desenvolvidos especificamente para o estudo

dos comportamentos de promoção de saúde e prevenção da doença e dos comportamentos de risco, pois, mais importante do que estudar os efeitos de variáveis isoladas é "...to develop models that specify sets of theoretically-derived predictors of health care behaviour" (Terry et al., 1993, p.5), referindo o Modelo das Crenças de Saúde "the health belief model" (Rosenstock, 1974), e a Teoria de Acção Reflectida "theory of reasoned action" (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980), como exemplos de modelos particularmente influentes neste contexto.

Muitos dos modelos de comportamentos de saúde que têm sido desenvolvidos, são consistentes com as abordagens de "expectativa-valor". Se bem que, as várias teorias apresentem diferenças em termos dos elementos específicos, partilham da premissa que os indivíduos avaliam os custos e os benefícios do seu envolvimento em determinado comportamento, baseados na sua estimativa subjectiva acerca da probabilidade de ocorrência das várias consequências como resultado da sua acção, e nos valores que eles atribuem a esses resultados (Adler et al., 1992). Assim, segundo estes autores, os modelos desenvolvidos especificamente para explicar a opção por comportamentos de promoção de saúde ou de prevenção da doença, incluem a componente "racional" dos modelos de "expectativa-valor"(1992).

Entre as várias teorias/modelos existentes neste contexto, optámos por duas das abordagens teóricas que maior número de pesquisas têm originado no âmbito dos comportamentos preventivos de saúde. Referimo-nos ao Modelo das Crenças de Saúde (Rosenstock, 1974; Becker & Maiman, 1975), e à Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1985, 1987, 1988, 1991; Ajzen & Madden, 1986), uma evolução da Teoria de Acção Reflectida (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980). Passaremos então a descrever os dois modelos.

2.1.1. O Modelo das Crenças de Saúde

O Modelo das Crenças de Saúde (MCS) foi desenvolvido no início dos anos 50, por um grupo de psicólogos * do “U. S. Public Health Service”, tendo sido publicado na sua versão completa em 1974 por Rosenstock. Salienta-se também a contribuição de autores como Becker (1974) e Becker & Maiman (1975).

O seu desenvolvimento deveu-se à necessidade de compreender os motivos da escassa adesão dos indivíduos aos programas de prevenção e de rastreio da doença, oferecidos na altura, pelos serviços de saúde dos Estados Unidos. Como refere Rosenstock, uma das grandes preocupações do momento era "the widespread failure of people to accept disease preventives or screening tests for the early detection of asymptomatic disease", apesar de serem gratuitos ou de baixo custo (1974, p.328).

O modelo surge assim, na tentativa de explicar os comportamentos dos indivíduos face à promoção da saúde e prevenção da doença, e só posteriormente é aplicado a situações de doença, sobretudo ao estudo das respostas dos doentes aos sintomas e à sua adesão ao tratamento (nomeadamente às prescrições terapêuticas).

Os componentes básicos deste modelo derivam das teorias tradicionais de expectativa-valor, as quais argumentam que o comportamento depende fundamentalmente de duas variáveis: (1) do valor que o indivíduo atribui a um objectivo específico, e (2) da estimativa do indivíduo sobre a probabilidade de atingir esse objectivo através de determinada acção.

Quando estas variáveis foram conceptualizadas no contexto de comportamentos relacionados com a saúde passaram a ser: (1) o desejo de manter a saúde/prevenir a doença (por exemplo, evitando determinada ameaça à sua saúde), ou de recuperar a saúde se já tiver contraído a doença, e (2) a crença que uma dada doença poderá ser

* Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles, Howard Leventhal, e Irwin M. Rosenstock.

prevenida ou superada através de determinados comportamentos de saúde específicos como por exemplo vacinação, (Becker & Maiman, 1975).

Assim, relativamente à conceptualização do modelo, segundo as abordagens de tipo expectativa-valor, a componente valor refere-se à importância que o indivíduo atribui à condição ameaçadora à sua saúde, baseando-se na susceptibilidade e gravidade percebida face a essa ameaça. A expectativa, refere-se à estimativa subjectiva do indivíduo acerca da probabilidade de um dado comportamento ser eficaz na redução dessa ameaça, ponderando as consequências que poderão advir dessa acção, com base nos benefícios e barreiras percebidas face a tal desempenho (Janz & Becker, 1984).

De acordo com a formulação original deste modelo, como se esquematiza na Figura 1, a probabilidade do indivíduo adoptar um comportamento de saúde específico [1] será determinada fundamentalmente por dois factores: o grau de ameaça percebida à sua saúde [2a)] e a percepção de que determinada prática de saúde poderá ser eficaz na redução dessa ameaça [2b)].

A percepção da ameaça, é ela própria influenciada pela percepção do indivíduo acerca da sua susceptibilidade a uma determinada doença [3a)], e pela percepção da gravidade das consequências dessa mesma doença [3a)].

Quer a percepção da ameaça conduza ou não à alteração do comportamento, esta mudança também depende da avaliação do indivíduo relativamente à eficácia da sua possível acção, no sentido da redução da ameaça, baseando-se nas suas crenças acerca dos benefícios [2b)] que poderá vir a ter com o desempenho de tal comportamento, assim como nas crenças acerca das barreiras ou custos [2b)] envolvidos nessa acção.

Também as variáveis designadas como indícios para a acção “ cue to action” [3b)] e as variáveis demográficas e psicossociais [3c)], têm alguma interferência. As

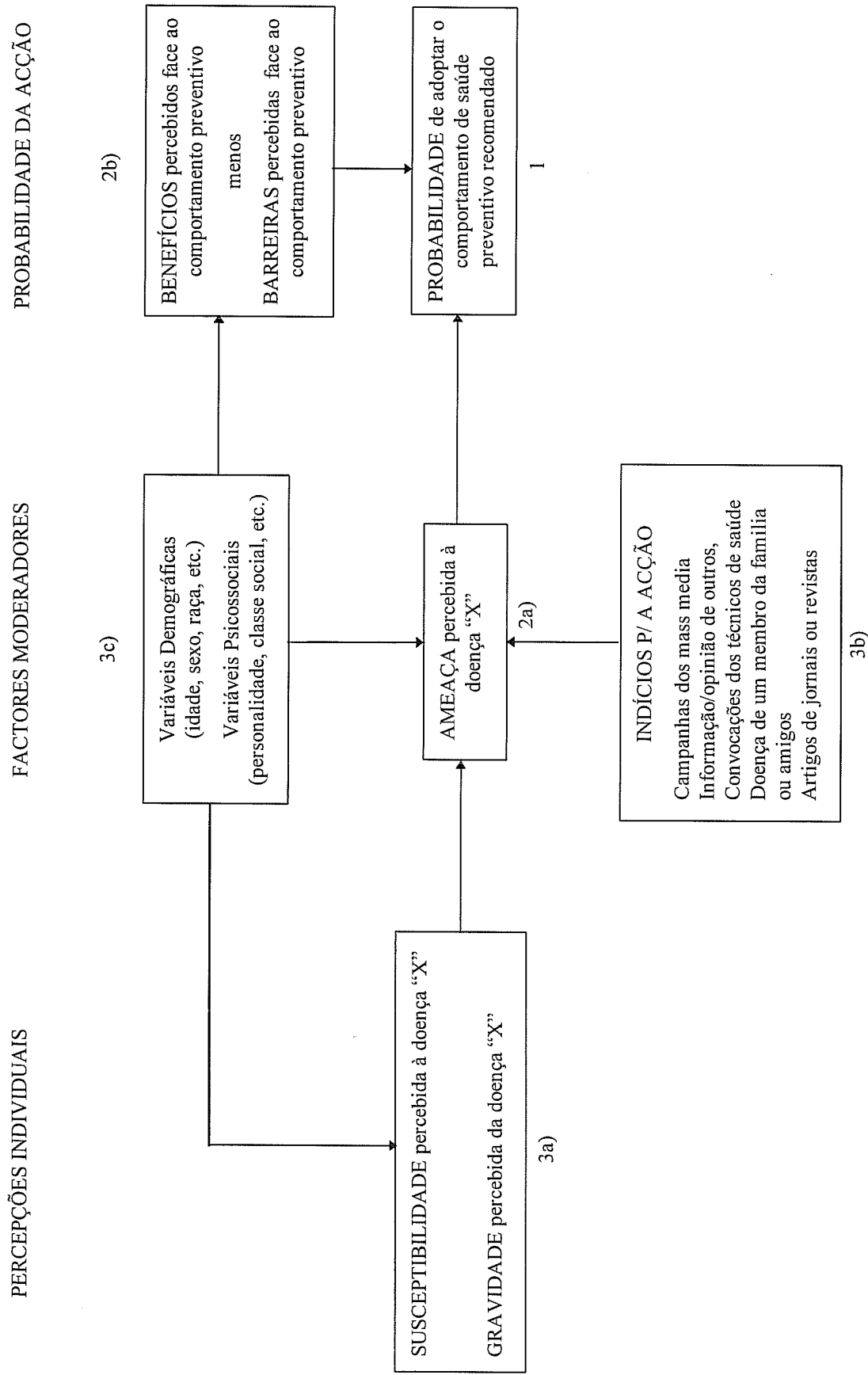


Figura 1 - O Modelo das Crenças de Saúde como preditor do comportamento de saúde preventivo (Becker e Maiman, 1975)

primeiras, no sentido de estimular o comportamento adequado, e quanto às restantes, embora lhes seja reconhecida alguma influência nas motivações e percepções dos indivíduos, não são consideradas como causas directas do seu comportamento (Rosenstock, 1974; Becker & Maiman, 1975).

Pensamos ser de todo o interesse, especificar um pouco melhor cada um dos componentes do modelo.

Susceptibilidade percebida - Refere-se à percepção do indivíduo sobre o risco subjectivo de contrair determinado problema de saúde.

Gravidade percebida - Esta dimensão inclui as avaliações das consequências clínicas (por exemplo, a morte, incapacidades ou sofrimento), assim como possíveis consequências sociais (por exemplo, efeitos nas condições de trabalho, na vida familiar e relações sociais). Refere-se então, à percepção da gravidade do problema de saúde para o indivíduo.

Benefícios percebidos - São as crenças do indivíduo relativas às consequências positivas resultantes do seu envolvimento numa determinada acção visando a redução da ameaça ao problema de saúde. Assim, não se pode esperar que um indivíduo “suficientemente ameaçado”, aceite o comportamento de saúde recomendado, a não ser, que este seja percebido como praticável e eficaz.

Barreiras percebidas - Refere-se às crenças acerca dos aspectos negativos da adopção do comportamento aconselhável face ao problema de saúde. Os autores consideram que o indivíduo pode acreditar que um dado comportamento será eficaz na redução da sua ameaça, mas simultaneamente, esse mesmo comportamento pode ser visto como inconveniente, dispendioso, desagradável (como ser motivo de dor e sofrimento) e moroso. É da análise que a pessoa faz dos custos/benefícios que resulta o seu comportamento.

Assim, como afirma Rosenstock (1974), a combinação dos níveis de susceptibilidade e gravidade fornecem a energia ou força para o acto, e os benefícios percebidos (menos as barreiras) fornecem a trajectória prioritária da acção.

Contudo, foi também reconhecido que eram necessários alguns estímulos para accionar o processo de tomada de decisão, designados por “cue to action”.

Estes estímulos ou indícios para a acção poderão ser internos (como por exemplo, a percepção do estado de saúde, ou determinada sintomatologia), ou externos (como campanhas dos “mass media”, opiniões e experiências de familiares ou amigos, convocações feitas pelos serviços de saúde, entre outros). A intensidade requerida da parte destes estímulos, no sentido de despoletar o comportamento no indivíduo, varia com os níveis de susceptibilidade e gravidade percebidos. Quando estes níveis são relativamente baixos, maior será a intensidade necessária para haver resposta. Se elevados, até mesmo um pequeno estímulo pode ser adequado. Infelizmente, como refere Janz & Becker (1984), poucos têm sido os estudos sobre este modelo, que utilizaram estas variáveis na predição dos comportamentos relativos à saúde.

Finalmente, foi também assumido que diversas variáveis demográficas, psicossociais e estruturais poderão, numa dada situação, afectar as percepções do indivíduo, influenciando assim indirectamente o seu comportamento.

Basicamente, pode dizer-se que um indivíduo tem maior probabilidade de adoptar um determinado comportamento de saúde, se tiver uma elevada percepção do risco relativamente ao problema em questão, isto é, se acreditar que é susceptível a ele, e que este é grave para si, e acreditar ainda, que a adopção de tal comportamento lhe trará mais benefícios do que custos.

Mais recentemente, tem sido proposta a associação de um outro construto a este modelo - a auto-eficácia (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988), embora ainda sejam escassos os estudos que a incluem. Para estes autores, tanto as expectativas nos resultados como

as expectativas de eficácia, são determinantes importantes nos comportamentos relacionados com a saúde (1988). Fazendo apelo aos conceitos de Bandura, “efficacy expectation” refere-se à convicção do indivíduo de que é capaz de executar com sucesso o comportamento necessário, de forma a atingir o resultado desejado. “Outcome expectation” é definida como a estimativa do indivíduo de que um dado comportamento conduzirá a determinados resultados. São conceitos distintos, mas ambos necessários ao desempenho do comportamento, na medida em que a pessoa pode acreditar que uma determinada ação produzirá certos resultados, mas se tiver sérias dúvidas acerca da sua competência para realizar as actividades necessárias, não haverá mudança no seu comportamento (Bandura, 1977).

Na opinião de Rosenstock et al. (1988), o conceito de “expectativas nos resultados” é bastante semelhante ao de “benefícios percebidos” do MCS, enquanto a expectativa de eficácia tem sido ignorada, provavelmente, pelo foco comportamental deste modelo ter sido inicialmente circunscrito a comportamentos de prevenção relativamente simples, tais como a aceitação da vacinação. Estes autores, discordam assim de Janz & Becker (1984), quando estes últimos dizem, que esta variável pode ser vista como um aspecto particular das “barreiras percebidas”, considerando-a incluída nesta dimensão.

O MCS tem dado origem à maior produção de pesquisas acerca dos comportamentos relacionados com a saúde, quando comparado com qualquer outra teoria, sendo considerado como um importante instrumento a utilizar na predição e explicação das práticas de saúde dos indivíduos (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988; Taylor, 1991; Adler, Kegeles & Genevro, 1992).

Do vasto número de estudos empíricos conduzidos por este modelo, constam não só pesquisas relativas a comportamentos de saúde preventivos, como a comportamentos relacionados com a doença.

Uma das revisões mais detalhadas sobre os estudos realizados com o MCS foi elaborada por Janz & Becker em 1984. Os autores apresentam um resumo de 46 estudos,

agrupando-os quer pela data de publicação, antes de 1974 e a partir desta data até 1984; quer pelo tipo de estudos, prospectivos e retrospectivos; e ainda pelo domínio do comportamento sobre o qual incidiam, comportamentos de saúde preventivos (acções visando a prevenção da doença), comportamentos relativos à doença (acções após o diagnóstico da doença com vista à sua recuperação ou a evitar a sua evolução), e “visitas” clínicas (utilização dos serviços de saúde por razões de vária ordem). Pretendiam identificar quais os melhores preditores dos comportamentos, entre os vários componentes do modelo e proceder a uma avaliação global do mesmo.

Para os autores, os resultados dos estudos fornecem um suporte empírico fundamental para o MCS, sendo favoráveis, tanto ao nível dos estudos prospectivos, como dos retrospectivos. Quanto às dimensões, concluem que as “barreiras percebidas” revelam ser o principal preditor do comportamento. A “susceptibilidade percebida” e os “benefícios percebidos” foram também considerados como fortes dimensões, contudo o seu poder preditivo varia com o tipo de comportamento em causa. A primeira, teve um efeito mais forte nos comportamentos de prevenção de saúde do que nos relacionados com a doença, enquanto o inverso se passou com os “benefícios percebidos”. De uma forma geral, a “gravidade percebida” foi a variável que revelou menor poder preditivo, contudo, enquanto havia uma associação fraca com os comportamentos relativos à prevenção, estava fortemente relacionada com os comportamentos em função da doença.

Desde então, muitos outros estudos foram efectuados com este modelo. Rutter, Quine & Chesham (1993) referem alguns dos mais actuais, como por exemplo, sobre a prevenção da Sida (Hayes, 1991), auto-exame da mama (Champion, 1990), atendimento para “check-up” de rotina (Norman & Fitter, 1991).

A grande maioria, como os exemplos citados, continuam a ser pesquisas sobre comportamentos de saúde preventivos e em geral, o suporte mais forte para o modelo tem vindo dos estudos prospectivos, nos quais o comportamento é avaliado frequentemente após a avaliação das crenças.

Rutter et al. (1993) afirmam que o principal preditor do comportamento de prevenção continua a ser com maior frequência as barreiras percebidas, o que significa, que as pessoas que têm maior probabilidade de adotarem comportamentos de prevenção, são aquelas que percebem os custos ou desvantagens como mínimas. A susceptibilidade percebida é muitas vezes um preditor mais forte do que os benefícios percebidos, ainda que, a maioria das pessoas aparentemente se vejam a elas próprias como relativamente invulneráveis a quase todas as doenças, uma condição conhecida como "optimismo irrealista" (unrealistic optimism, Weinstein, 1981). Também estes autores consideram como Janz & Becker (1984), que o preditor mais fraco do comportamento no MCS tem sido na generalidade a gravidade percebida, provavelmente porque as pessoas não se sentem relativamente ameaçadas por resultados negativos a longo prazo, os quais são considerados como pouco prováveis de acontecer e são difíceis de imaginar (Rutter et al., 1993).

Janz & Becker (1984), sugerem que as dimensões estudadas por este modelo, sejam consideradas nos programas de educação para a saúde. Mais tarde, é referido por Taylor (1991), que as implicações do MCS na intervenção dos hábitos de saúde dos indivíduos são claras. De acordo com este modelo, no sentido de desenvolver uma intervenção eficaz, deve-se aumentar a susceptibilidade percebida, e simultaneamente aumentar a percepção de que um comportamento específico dirigido à saúde será bem sucedido, no sentido da redução da ameaça.

No entanto várias críticas têm sido feitas a este modelo e concretamente aos estudos sobre ele.

Recentemente, Adler et al. (1992), dirigem algumas críticas aos resultados dos trabalhos de Janz & Becker, afirmando que estes não tiveram em conta a variância explicada na avaliação do valor empírico do MCS. Lembram que este aspecto, já foi há muito mencionado por um dos autores, quando em conjunto com dois colegas, referem a propósito do modelo "its use has frequently yielded significant results, though the proportion of variance it explains is often lower than expected" (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988, p. 182).

Têm sido vários os autores que apontam dificuldades, não só na comparação de estudos efectuados com este modelo, como na elaboração dos próprios instrumentos (Taylor, 1991, Terry et al., 1993), referindo, que os construtos do modelo não têm sido operacionalizados de forma consistente, utilizando por vezes diferentes questões em estudos distintos para avaliar o mesmo tipo de crenças (Taylor, 1991). Mesmo os investigadores experientes no modelo, por vezes, misturam variáveis gerais e específicas na avaliação dos seus componentes (Mullen et al., 1987).

Terry et al. (1993) comentam a pouca importância dada às características da população; Taylor (1991) por exemplo, refere que o MCS parece prever melhor os comportamentos de saúde, quando são estudadas as variáveis, “experiência com o comportamento” e as socio-demográficas tais como o estatuto socio-económico e o nível educacional. Diz a autora, que de uma forma geral, as pessoas com elevados recursos financeiros e com maior conhecimento acerca dos problemas de saúde, têm maior probabilidade de adoptar práticas de saúde correctas, do que outros sem essas condições.

Apesar das limitações apontadas, alguns dos estudos recentes com base neste modelo, como o de Houtrouw & Carlson (1993), apresentam resultados no sentido de dar consistência a algumas das suas premissas. Na pesquisa que realizaram com mães de crianças de idade inferior aos dois anos, pretendiam estudar as relações entre vulnerabilidade percebida pelas mães relativamente ao risco de doenças transmissíveis nos filhos, e a sua aderência à vacinação. Concluíram que as mães que consideravam os filhos como vulneráveis a este tipo de doenças, representavam a maior percentagem das que aderiam às imunizações, sugerindo assim, que a susceptibilidade percebida pelas mães relativamente às doenças transmissíveis, pode ser um bom preditor da sua adesão à vacinação. Estes e outros estudos, alguns dos quais efectuados no âmbito dos acidentes que posteriormente abordaremos, levam-nos a optar por este modelo.

Parece-nos assim, ser um modelo que se adequa a estudos no âmbito dos acidentes na criança, permitindo relacionar as crenças das mães acerca do risco de acidente na

criança e, da eficácia dos comportamentos de segurança doméstica, com a possível adoção dessas práticas.

2.1.2. A Teoria da Acção Reflectida / Teoria do Comportamento Planeado

A Teoria da Acção Reflectida (TAR), tem sido largamente utilizada na predição e explicação de uma grande variedade de comportamentos. A sua aplicação é bastante mais vasta quando comparada com o modelo anteriormente descrito, pois apesar dos muitos estudos a que tem dado origem no âmbito dos comportamentos de saúde, não é específica nem se limita a este contexto.

Foi desenvolvida a partir da formulação do conceito de atitude, em 1967 por Fishbein, e procurava dar resposta às limitações encontradas na época, no que respeita à relação entre atitudes e comportamentos, na medida em que eram frequentes os estudos cujos resultados apontavam no sentido da atitude ser um fraco preditor do comportamento.

Surge assim, em 1975 uma descrição completa desta abordagem, organizada num modelo conceptual elaborado por Fishbein e Ajzen, cujo objectivo fundamental era compreender e prever o comportamento humano.

A TAR como o próprio nome indica "reasoned action", parte do pressuposto que a maior parte das acções de relevância social estão sob o controlo da vontade do indivíduo, e que estes fazem uso sistemático da informação recebida, considerando as implicações das suas acções, antes de decidir levar a cabo um determinado comportamento (Ajzen e Fishbein, 1980).

Dado que, para os autores, a acção humana está sob o "controlo volitivo" do indivíduo, a intenção de realizar (ou não realizar) um dado comportamento é considerado o determinante imediato desse mesmo comportamento, ou seja, "people usually do what they intend to do" (Ajzen & Fishbein, 1980, p.6). Por sua vez, a intenção comportamental é função de dois determinantes básicos: um de natureza pessoal - a atitude face a esse comportamento, a qual decorre das crenças sobre o comportamento considerado, denominadas crenças comportamentais; e outro, que reflecte a influência

social - a norma subjectiva relativa ao comportamento em causa, também função das crenças, mas de tipo diferente das anteriores, designadas como crenças normativas (Ajzen & Fishbein, 1980).

Assim, para os autores a relação entre as atitudes e os comportamentos é mediada pela intenção, que por sua vez, depende também da norma subjectiva. Ambos os factores são importantes na predição da intenção, o seu “peso” relativo pode variar consoante o comportamento e a população a analisar.

Previamente à apresentação esquemática do modelo e à definição dos seus componentes, pensamos ser útil salientar alguns aspectos relativos à conceptualização das atitudes, dos autores desta teoria, que diferem das teorias tradicionais e que em muito se reflectem na concepção e operacionalização da TAR.

Nesta perspectiva teórica, salienta-se a visão unidimensional das atitudes que orienta esta teoria, em oposição à multidimensional * tradicionalmente aceite que contém as dimensões cognitiva, afectiva e comportamental ou conativa correlacionadas entre si. Atitude segundo Fishbein & Ajzen (1975), será assim uma resposta avaliativa, relativamente estável, favorável ou desfavorável face a objectos relevantes, sendo as três dimensões acima citadas, tratadas como três tipos de orientações de respostas, enquanto construtos independentes entre si, às quais corresponderiam os conceitos de “crença”, “atitude” e “intenção” (Ajzen, 1988). Segundo os mesmos autores, a atitude face ao comportamento é a avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz relativamente ao desempenho do comportamento em questão (Ajzen & Fishbein, 1980).

A TAR foi construída na base do modelo de expectativa-valor das atitudes, que parte do pressuposto que a atitude do indivíduo é influenciada pelas suas crenças relativas às consequências de um dado comportamento ponderado pela avaliação que o indivíduo faz dessas consequências.

* A atitude era definida como a predisposição para responder a um determinado tipo de estímulos, com um determinado tipo de respostas - resposta afectivas, cognitivas e conativas ou comportamentais - o denominado modelo dos três componentes das atitudes, postulando a inter-relação entre as várias classes de resposta atitudinal (Rosenberg & Hovland, 1960, in Stahlberg & Frey, 1988).

Assim, neste modelo, a atitude é predita através de uma expressão matemática, que consiste na multiplicação dos componentes de “expectativa” (crenças comportamentais) e de “valor”, (avaliação dos resultados) somando-se depois estes produtos, segundo a fórmula :

$$A_c = \sum_{i=1}^n c_i a_i$$

em que A_c é a atitude face ao comportamento c

c_i é a crença i acerca de c (ou seja a probabilidade subjectiva de que c está relacionado com o resultado i)

a_i é a avaliação do resultado i

n é o número de crenças

O mesmo foi aplicado, no que diz respeito ao outro determinante da intenção comportamental - a norma subjectiva. Esta refere-se à pressão social (geral) percebida pelo indivíduo no sentido de realizar ou não o comportamento considerado. Pressupõe-se que a norma subjectiva é influenciada pelas crenças do indivíduo acerca do que outras pessoas ou grupos específicos importantes para ele pensam, sobre se ele deve ou não, realizar um dado comportamento, ponderado pela sua motivação para seguir a opinião desses referentes sobre tal comportamento.

Assim, a norma subjectiva é predita, tal como a atitude a partir da multiplicação das componentes de “expectativa” (crenças normativas) e “valor” (motivação para seguir o referente) procedendo-se depois à soma destes produtos, segundo a fórmula:

$$N_c = \sum_{i=1}^n cn_i m_i$$

em que N_c é a norma subjectiva relativa ao comportamento c

cn_i é a crença normativa i acerca de c (probabilidade subjectiva do referente i aceitar o comportamento c)

m_i é a motivação para seguir o referente i

n é o número de entidades de referência

Um outro aspecto a salientar nesta teoria, é o facto dos autores estudarem as atitudes face a comportamentos, e não face a objectos, pessoas ou instituições como nas abordagens tradicionais.

Vimos anteriormente, que os autores usam o termo “atitude face ao comportamento”, pois o que consideram informativo, será a avaliação da atitude dos indivíduos relativamente ao próprio comportamento em estudo, ou seja, o que está em causa é a avaliação de atitudes específicas face a comportamentos específicos. Estes autores, fazem a distinção entre atitudes gerais face a um objecto e as atitudes específicas face a um comportamento relacionado com o objecto de atitude, enquanto estas últimas são as consideradas úteis na previsão do comportamento, as primeiras só o influenciariam de uma forma indirecta (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1987, 1988).

Também a norma subjectiva é relativa a comportamentos específicos, embora seja atribuída por agentes sociais gerais (Ajzen & Fishbein, 1980).

A especificidade do comportamento implica a inclusão de quatro elementos: a acção envolvida e o seu objectivo, o contexto em que se insere a acção e o tempo, ou seja, quando se vai desenvolver a acção.

De uma forma geral, pode então dizer-se que os indivíduos têm intenção de realizar um

determinado comportamento, quando o avaliam favoravelmente e quando acreditam que as pessoas significativas para eles pensam que devem realizá-lo.

Como vimos, os autores da teoria, argumentam a existência de uma sequência causal de ligações das crenças do indivíduo ao seu comportamento, presente na sua afirmação “there is a causal chain linking beliefs to behavior” (Ajzen & Fishbein, 1980, p.91), como se esquematiza na Figura 2.

Partindo de um comportamento específico [1], a probabilidade do indivíduo o realizar será determinada pela sua intenção de o desempenhar [2], e esta será influenciada pela sua atitude face a esse comportamento [3a)] e pela norma subjectiva relativa ao mesmo [3b)]. Por sua vez, cada uma destas variáveis será ainda influenciada por outras. A atitude face ao comportamento, será determinada pelas crenças do indivíduo acerca do comportamento em causa - crenças acerca dos resultados do comportamento e avaliação desses mesmos resultados [4a)]. A norma subjectiva será determinada pelas crenças do indivíduo acerca das expectativas dos outros relativamente à concretização desse comportamento - crenças normativas relativas a indivíduos ou grupos de referência e pela sua motivação para agir de acordo com essas expectativas [4b)]. Este conjunto de variáveis está de certo modo ligado a outros factores, tais como: socio-demográficos, atitudes face a objectos, pessoas ou instituições e traços de personalidade [5], consideradas, no entanto, como variáveis externas ao modelo.

Abordando resumidamente os componentes desta teoria:

Intenção - É considerado um elemento central da TAR. A intenção comportamental reflecte a extensão na qual o indivíduo está motivado para a realização do comportamento. Por outras palavras, fornece indicações acerca do esforço que o indivíduo se prontifica a fazer no sentido de adoptar um determinado comportamento. São consideradas por Ajzen (1988) como disposições comportamentais até ao momento em que o indivíduo passa à acção. É considerado o melhor preditor do

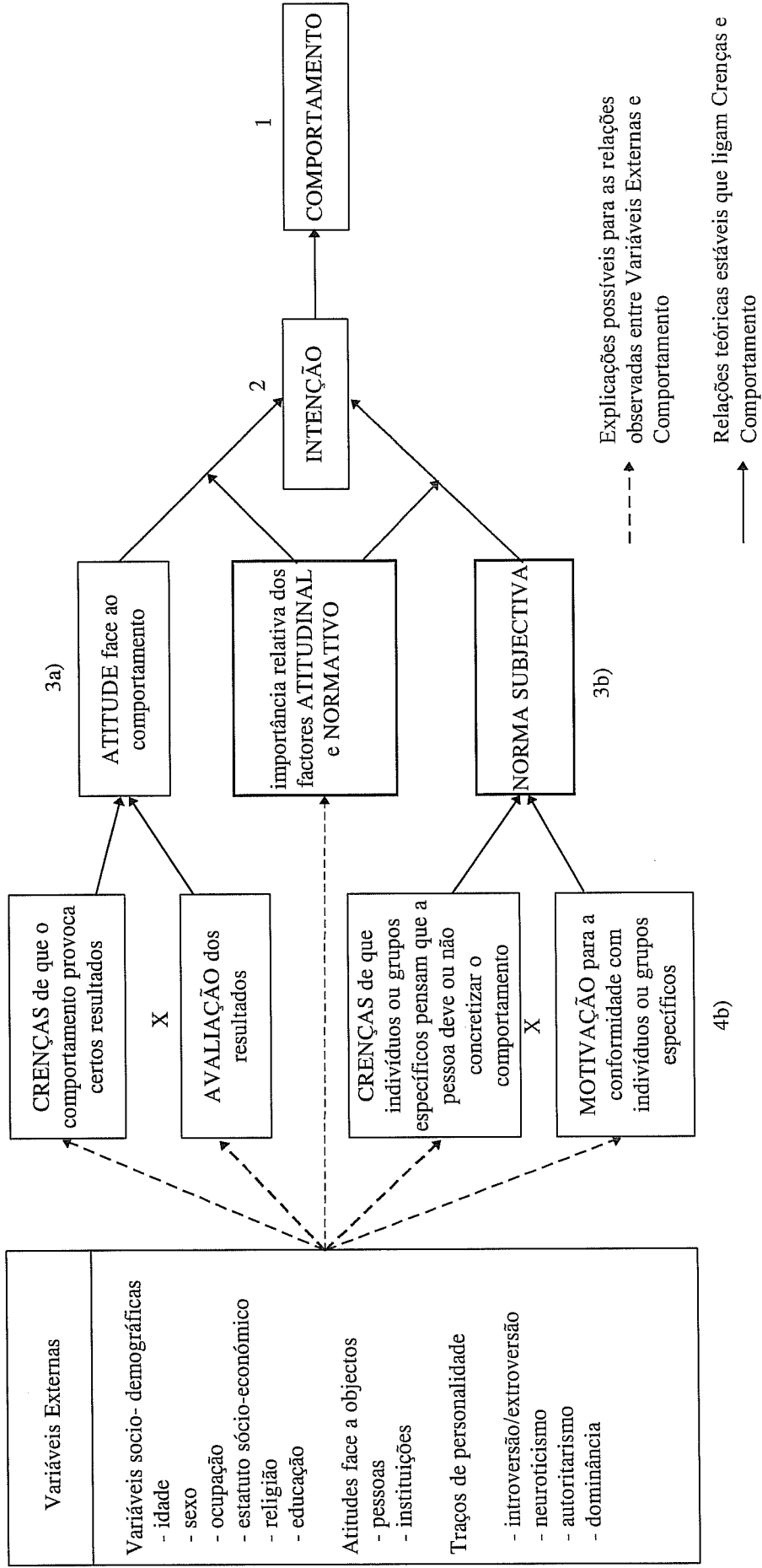


Figura 2 - A Teoria da Acção Reflectida (Fishbein & Ajzen, 1975, Ajzen & Fishbein, 1980)

comportamento, as correlações entre intenção e comportamento são habitualmente bastante elevadas (entre 0.72 e 0.96, Ajzen, 1988, p.114). No entanto, esta relação varia com o grau de especificidade do comportamento apresentado, e com a proximidade temporal do mesmo.

Atitude face ao comportamento - Fornece indicação do grau em que o indivíduo faz uma avaliação favorável ou desfavorável do comportamento considerado, ou seja revela se este está a favor ou contra a adopção desse mesmo comportamento.

Crenças comportamentais e avaliação - A atitude face ao comportamento é determinada pelas crenças comportamentais, isto é, as crenças que o indivíduo tem sobre a realização do comportamento e pela avaliação que faz dos resultados desse comportamento. Assim, a pessoa que acredita que a adopção de determinado comportamento lhe trará sobretudo resultados positivos e se os considera importantes, terá uma atitude favorável face ao mesmo, enquanto que, a que acredita principalmente em resultados negativos, terá uma atitude desfavorável.

Norma subjectiva - Esta variável refere-se à percepção que o indivíduo tem da pressão exercida por parte dos outros (pressão social geral) no sentido de realizar o comportamento.

Crenças normativas e motivação - A norma subjectiva é função das crenças normativas, ou seja, das crenças que o indivíduo tem sobre o que outras pessoas ou grupos específicos importantes para ele pensam no sentido de ele dever ou não dever realizar o comportamento, e da sua motivação para agir em conformidade com a opinião desses referentes.

A diferença entre norma subjectiva e crenças normativas, é que enquanto a primeira, envolve pessoas importantes para o indivíduo, mas de forma geral (por exemplo, “a maioria das pessoas que são importantes para mim, acham que eu devo ...”), a segunda, envolve indivíduos ou grupos específicos (por exemplo, o pai, o médico, os melhores amigos...) Ajzen & Fishbein (1980).

Em relação às variáveis consideradas externas, segundo Ajzen & Fishbein (1980) só podem afectar o comportamento, indirectamente, através da influência que poderão exercer nos determinantes que lhe estão subjacentes. Afirmam os autores que estas variáveis não têm necessariamente relação com os comportamentos específicos, uma vez que, elas não têm efeitos consistentes nas crenças que lhes estão subjacentes.

Segundo Ajzen & Fishbein a compreensão do comportamento das pessoas, traz benefícios na medida em que poderá permitir a sua mudança. Mas, para que se produza alguma mudança desejada no comportamento do indivíduo, é necessário mudar as suas crenças “behavioral change is ultimately the result of changes in beliefs” (1980, p.81), pois são estas, os determinantes básicos do comportamento. Para os autores, tal facto implica habitualmente fornecer às pessoas informação adequada, de forma a produzir uma mudança num número suficiente de crenças para alcançar a modificação desejada nas suas atitudes e/ou norma subjectiva, que se reflectirá na intenção e no comportamento.

Assim, Ajzen & Fishbein (1980), a propósito de programas de educação para a saúde (nomeadamente quando se referem ao planeamento familiar), afirmam que estes devem ser dirigidos às várias crenças que sustentam o comportamento dos indivíduos, ou seja, às crenças sobre as vantagens e desvantagens da adopção do comportamento em causa, assim como devem ter em conta as crenças normativas, sem esquecer quais os referentes relevantes para tais indivíduos.

Vários têm sido os estudos empíricos efectuados com base nesta teoria, quer no âmbito da saúde quer noutras áreas, que não só lhe têm fornecido suporte, como têm sido motivo de algumas propostas de alteração.

Um estudo realizado no nosso país, por Caetano (1990, publicado em 1993), com estudantes universitários acerca das “atitudes dos estudantes universitários face às novas tecnologias de informação”, sugere que a norma subjectiva seja considerada e operacionalizada como um factor de construção da atitude específica, em vez de, tal

como é proposto por Fishbein & Ajzen (1975), um factor independente desta.

No campo da saúde têm sido numerosas as suas aplicações, incluindo áreas como o planeamento familiar, consumo de substâncias tóxicas, alimentação na criança, e alguns bastante recentes sobre comportamentos preventivos da sida como o de Terry et al., (1993), entre outros.

Um exemplo a citar é o estudo de Manstead, Proffitt & Smart (1983), em que estudam as intenções e o comportamento das mães relativamente à sua opção pela alimentação natural ou artificial nos filhos, em dois grupos de mães (primíparas e múltiparas), avaliando a intenção das mães seis semanas antes do bebé nascer, e o comportamento seis semanas após o nascimento. A correlação observada entre estas duas variáveis foi forte (.82), tendo-se verificado que a atitude tinha maior poder preditivo em relação às intenções (.73), do que a norma subjectiva (.60). Os resultados globais são sugestivos de que a experiência directa com um ou outro tipo de alimentação nos filhos, tinha efeito no sentido de aumentar o “peso” da componente atitudinal na predição das intenções comportamentais. Resultados que embora dêem suporte à teoria, conduzem a alguma discussão.

Para além de não dar significado às experiências passadas dos indivíduos, a TAR, revelou outras limitações, como o facto de se aplicar apenas a comportamentos sobre os quais a pessoa tem um alto grau de “controlo volitivo” (Ajzen 1985, 1987).

Considera-se que um comportamento está completamente sob o controlo do indivíduo, quando este pode decidir por sua livre vontade realizá-lo ou não (Ajzen, 1987, Ajzen & Madden, 1986). Se a realização de determinado comportamento não está totalmente sob o controlo do indivíduo, isto é, se depender não somente da sua intenção ou desejo, mas também em parte, de factores não motivacionais como oportunidade e recursos necessários (por exemplo, tempo, dinheiro, capacidades para o fazer, cooperação de outras pessoas), então admite-se que a “força” da relação entre as intenções comportamentais e o comportamento será atenuada (Ajzen, 1985, 1987). Assim, a TAR

não seria aplicável às muitas situações em que o comportamento não depende estritamente da vontade dos indivíduos.

Numa tentativa de “alargar” a TAR a estas situações Ajzen (1985, 1987, 1991), Ajzen & Madden (1986), têm vindo a propôr a designada “Teoria do Comportamento Planeado” (TCP), que consideram ser uma extensão da primeira. Aliás, segundo Ajzen, a TAR pode ser considerada como um caso especial da TCP, referindo “the theory of reasoned action was shown to represent a special case of the proposed theory of planned behavior” (1985, p.36).

A diferença fundamental entre as duas teorias, é a introdução de um novo componente no modelo anteriormente proposto, designado por “controlo comportamental percebido”, sendo considerado como um terceiro determinante da intenção, ao nível da atitude e da norma subjectiva (Ajzen, 1985). A TCP postula assim, três determinantes da intenção conceptualmente independentes: a atitude, a norma subjectiva e o controlo comportamental percebido.

No seu essencial esta teoria, parte do princípio que se existe a possibilidade de um comportamento ser influenciado por factores exteriores ao controlo do indivíduo, então, para predizer com precisão o seu comportamento, será necessário ter em consideração até que ponto esse comportamento está sob o controlo da sua vontade (Ajzen, 1985, 1987, 1991; Ajzen & Madden, 1986). Na opinião de Ajzen (1987, 1988), o controlo sobre o comportamento pode ser visto como um continuum. Num dos extremos, estão os comportamentos sobre os quais se tem um absoluto ou quase absoluto controlo, como por exemplo, o comportamento no acto de uma votação; no outro extremo, encontram-se situações como por exemplo, diminuir por si próprio a pressão arterial, sobre as quais o indivíduo tem muito pouco ou nenhum controlo. Como é evidente, a maior parte dos comportamentos situam-se entre estes dois extremos.

Vários são os factores que podem influenciar o controlo da vontade do indivíduo sobre um objectivo comportamental, alguns considerados internos ao indivíduo, outros externos. Os internos referem-se essencialmente às capacidades / competências, conhecimento, emoções e compulsões, enquanto os externos se referem a factores situacionais ou ambientais, como tempo, oportunidade e dependência de outras pessoas, que tal como os primeiros, podem ser ou não facilitadores do desempenho do comportamento, (Ajzen & Madden, 1986).

Contudo, não é possível avaliar directamente o controlo total que na realidade o indivíduo tem perante uma dada situação. Tal como Ajzen & Madden (1986) salientam, embora uma medida da “controlabilidade real” do comportamento seja desejável, é difícil obter avaliações adequadas desse controlo real. Os factores externos que podem evitar que um comportamento ocorra são frequentemente inesperados e a identificação e avaliação das capacidades ou outros factores internos ao indivíduo necessários à realização do comportamento, é bastante limitada. Por isso, habitualmente não é possível ter certezas sobre os recursos e oportunidades que o indivíduo possui para executar o comportamento, até ao momento em que ele tenta executá-lo. Deste modo, os autores preferem o uso de medidas de controlo percebido como medidas substitutas do controlo real.

O controlo comportamental percebido refere-se à facilidade ou dificuldade percebida pelo indivíduo no sentido de realizar o comportamento, referindo-se a um comportamento específico; é assumido reflectir a experiência passada do indivíduo, bem como a antecipação de impedimentos e obstáculos ao desempenho do comportamento (Ajzen, 1987, 1988). Avaliar a crença do indivíduo sobre a sua facilidade ou dificuldade em realizar um comportamento, é algo que os autores já consideram possível (Ajzen & Madden, 1986). Por exemplo, no estudo que realizaram nesta data, uma das três questões que colocaram aos estudantes para obterem uma medida directa do seu controlo comportamental percebido sobre a frequência regular às aulas, foi a seguinte:

“For me to attend every session of this class is”:
easy -----:-----:-----:-----:-----:-----:----- difficult

Assim, os autores consideram que quanto mais recursos e oportunidades os indivíduos pensam que possuem, e quanto menos obstáculos ou impedimentos eles antecipam, maior será a sua percepção de controlo sobre o comportamento (Ajzen & Madden, 1986; Ajzen, 1987).

Ajzen & Madden (1986) formularam duas versões da TCP. Na primeira, foi proposto que o controlo comportamental percebido surgisse como um preditor significativo das intenções comportamentais (depois dos efeitos das atitudes e normas terem sido controladas). Como se pode ver na Figura 3, o efeito do controlo comportamental percebido no comportamento real é completamente mediado pela intenção [1]. Esta proposta, baseia-se na suposição de que, se uma pessoa duvida da extensão em que o comportamento é controlável, então é pouco provável que ela esteja motivada para o executar.

Na segunda versão da TCP, propõem que o controlo comportamental percebido terá, tanto efeitos indirectos (via intenção) [1], como efeitos directos [2] no comportamento. Nesta versão da TCP, assume-se que o alcance dos objectivos comportamentais, está dependente não apenas da motivação para executar o comportamento (componente intencional), mas também do controlo que se tem sobre o comportamento, podendo este último efeito ser também observado em termos da relação directa entre o controlo comportamental percebido e o comportamento, (uma vez que o controlo comportamental percebido pode ser considerado um substituto parcial para a medida do controlo real).

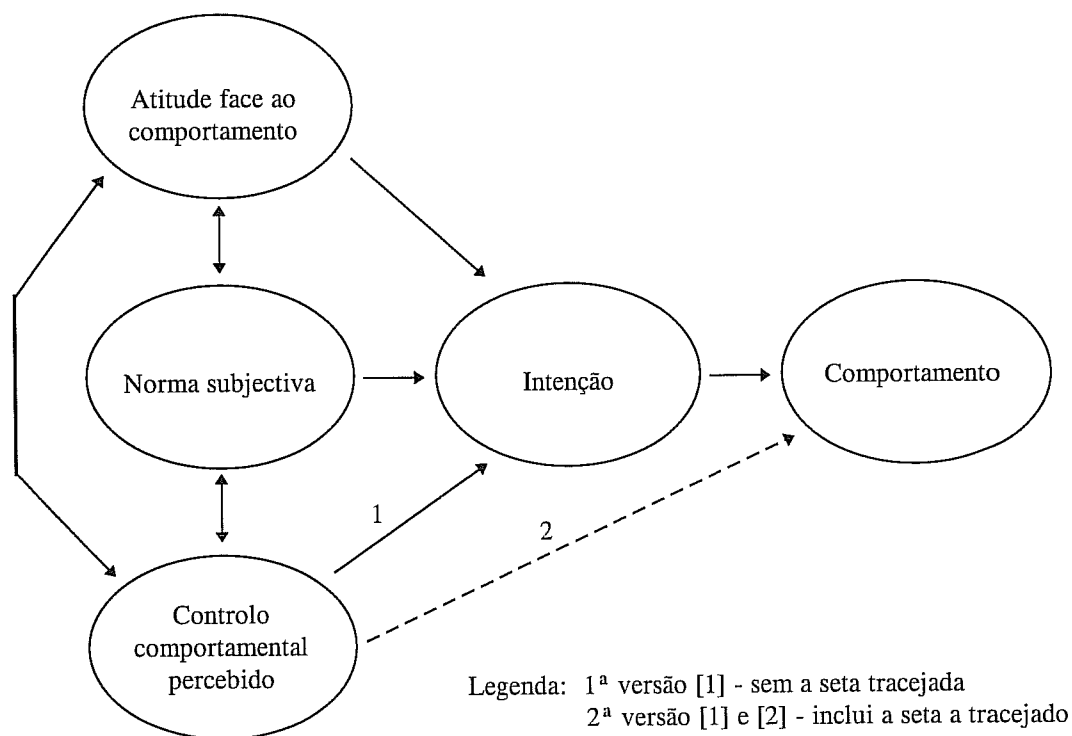


Figura 3 - A Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen e Madden, 1986; Ajzen 1987, 1991) - uma extensão da Teoria da Acção Reflectida

Contudo, Ajzen & Madden (1986) consideram que o controlo comportamental percebido tem um efeito directo no comportamento, apenas quando o comportamento não está totalmente sob o controlo volitivo do indivíduo, e quando a medida do controlo comportamental percebido reflectir com alguma precisão o grau do controlo real do indivíduo sobre o desempenho do comportamento em questão. Também segundo estes autores, quando se predizem tanto as intenções comportamentais como o comportamento real, existe a possibilidade de os efeitos do controlo comportamental percebido nas intenções e no comportamento poderem ser interactivos, e não tanto aditivos.

De uma forma geral, pode então dizer-se que quanto mais favorável for a atitude e a norma subjectiva relativamente a um determinado comportamento e maior o controlo comportamental percebido, mais forte será a intenção do indivíduo no sentido de realizar esse comportamento (Ajzen, 1988, 1991).

Existe já algum suporte empírico para a TCP, que tem surgido da sua aplicação relativa à predição e compreensão de diferentes tipos de comportamento, nomeadamente na âmbito da saúde. A adição do controlo comportamental percebido como determinante directo da intenção, tem aumentado a predição de vários comportamentos, sendo o seu efeito independente da atitude e da norma subjectiva.

É de referir o estudo de Schifter & Ajzen (1985), em que foi aplicada a TCP para predizer o sucesso das tentativas de “perder” peso em estudantes do sexo feminino, o qual reforça a segunda versão desta teoria anteriormente apresentada. Os resultados indicam que o controlo comportamental percebido influencia tanto a intenção comportamental como o comportamento. Constatou-se que, mesmo depois de controlados os efeitos das atitudes e normas, o controlo comportamental percebido apresentava-se como um preditor significativo das intenções de perder peso, revelando-se a atitude como variável mais significativa ($\beta=.79$), seguida do controlo comportamental percebido ($\beta=.30$) e por último da norma subjectiva ($\beta=.17$). O controlo comportamental percebido também surgiu como um preditor significativo (depois dos efeitos das intenções serem controlados) da perda de peso real, enquanto que, a interacção sugerida entre o controlo e as intenções era marginalmente significativa.

Alguns estudos recentes continuam a fornecer apoio a esta teoria. Numa revisão de literatura relevante, Ajzen (1991), documentou o facto de entre os dezasseis estudos em que o controlo comportamental percebido foi testado, todos eles apresentarem correlações significativas com a intenção comportamental (entre .20 e .89, p.190), havendo também evidências sugestivas no sentido das percepções do controlo comportamental terem influência na predição do comportamento real. Depois de se terem controlado os efeitos das intenções comportamentais, dez dos doze estudos analisados, encontraram algumas evidências de associação entre o controlo comportamental percebido e o comportamento real. Tal como esta teoria prevê, a força do efeito deste novo componente, varia em função da controlabilidade do comportamento.

Um dos estudos referidos por Ajzen (1991), na área da saúde é o de Beale & Manstead (1991), em que estes autores testam a capacidade da TCP para explicar as intenções das mães de bebés de cinco a sete meses de idade, de limitar a frequência da ingestão de açúcar nas crianças.

Trata-se de um estudo experimental com dois grupos de mães, em que um (experimental) era exposto a um programa de saúde oral e ambos os grupos eram submetidos a duas entrevistas. Um dos resultados relevantes deste estudo no que se refere à aplicação da TCP, diz respeito à mudança das atitudes das mães do grupo experimental face ao comportamento, relativamente ao grupo de controlo. Para além disto, a proporção da mudança nas intenções comportamentais estavam significativamente correlacionadas com as mudanças nas atitudes, mas não com a proporção de mudança no controlo comportamental percebido ou na norma subjectiva, que ocupavam o segundo e o terceiro lugar como determinantes das intenções das mães. A análise das crenças comportamentais, indicou que a mudança de atitude reflectia a mudança nas crenças comportamentais específicas que foram o alvo de intervenção. Os resultados indicaram que a junção do controlo comportamental percebido, resulta num pequeno mas significativo aumento na variância explicada relativamente às intenções.

Este e outros estudos, como o de D'Amorim, Freitas & Chrockatt de Sá (1992), sobre a motivação para realizar o auto-exame da mama, têm revelado que a aplicação desta teoria a situações relacionadas com a saúde tem tido algum êxito, não só, no que diz respeito à sua confirmação empírica, como à sua utilidade na identificação e compreensão dos factores envolvidos na génese da intenção e comportamentos dos indivíduos, nomeadamente em comportamentos de saúde preventivos.

Algumas das últimas pesquisas relacionadas com comportamentos de saúde e outros, começam a levantar questões em termos da conceptualização e operacionalização do modelo (Giles & Cairns, 1995), não só relativamente a questões metodológicas do uso que os autores fazem do modelo de expectativa-valor das atitudes, como também aos métodos de "scoring" das crenças e à forma como alguns dos componentes são

combinados (por exemplo a multiplicação). Assim como, também questionam as semelhanças entre o conceito de controlo comportamental percebido e o de auto-eficácia (Terry & O'Leary, 1995), sugerindo a utilização de medidas diferentes para ambas as variáveis e afirmando que os seus efeitos nas intenções e no comportamento são distintos.

Ajzen (1991) compara o controlo comportamental percebido com outras concepções de controlo. Argumenta que este construto é diferente do de locus de controlo, pois varia no mesmo indivíduo consoante o comportamento em causa e a circunstância em que ocorre. Daí considerá-lo bastante distinto do locus de controlo percebido de Rotter (1966), que consiste numa expectativa generalizada que permanece estável através das situações e formas de acção, dizendo que o primeiro se refere a um comportamento específico e não a uma “predisposição generalizada” como o segundo.

Contudo, Ajzen (1991), afirma relativamente ao mesmo conceito, que ele é bastante semelhante à auto-eficácia de Bandura (1977, 1982), “the present view of perceived behavioral control, is most compatible with Bandura’s concept of perceived self-efficacy” (p. 184). Refere, que este e outros investigadores, têm mostrado que o comportamento das pessoas é fortemente influenciado pela confiança na sua capacidade para o desempenhar, isto é, como diz o autor, “by perceived behavioral control” (p.184). A TCP coloca o construto de “crença de auto-eficácia” ou controlo comportamental percebido numa estrutura mais geral de relações entre crenças, atitudes, intenções e comportamento (Ajzen, 1991).

2.2. Aplicação dos Modelos Teóricos ao Caso dos Acidentes Domésticos na Criança

Nos últimos anos a ênfase colocada na prevenção dos acidentes domésticos na criança, tem sido direccionada, não só para o desenvolvimento de estratégias de intervenção passivas mas, sobretudo para a importância do comportamento dos pais, face ao risco de acidente nos filhos.

Este facto, como vimos anteriormente, tem motivado o aparecimento de várias pesquisas nesta área. Focalizadas nas percepções dos pais sobre o risco da criança ao acidente, ou nos seus comportamentos de risco ou de segurança doméstica, a preocupação fundamental dos autores tem sido prever e compreender estes comportamentos, com base na identificação e compreensão dos factores que lhes estão subjacentes e na sua relação com essas práticas.

No entanto, na sua grande maioria estes estudos não são sustentados por modelos conceptuais. Procuram encontrar associações entre variáveis, mas muitas vezes, sem explicitarem os modelos em que se baseiam. Por exemplo, uns, procuram analisar a relação entre variáveis socio-demográficas, como o nível educacional das mães, e as medidas de segurança doméstica por elas adoptadas (Wortel & Geus, 1993), ou, entre o estatuto socio-económico dos pais e o seu conhecimento e atitudes face à segurança na criança (Eichelberger et al., 1990); outros, tentam encontrar associações entre a supervisão exercida pelas mães e as suas percepções de risco relativas aos acidentes domésticos nos filhos (Garling & Garling, 1993); e ainda outros, onde são incluídas uma série de variáveis, quer relacionadas com as condições habitacionais, agregado familiar e stress na família, quer com características das crianças (idade, sexo) ou variáveis cognitivas relativas aos pais e à criança.

Por este motivo, serão apresentados apenas dois estudos realizados no âmbito dos acidentes domésticos na criança, por serem os que explicitam claramente, terem sido

baseados em modelos teóricos, considerados adequados a utilizar nesta área. Trata-se do estudo de Peterson, Farmer & Kashani (1990), no qual são usadas algumas das variáveis do Modelo das Crenças de Saúde, em associação com outras consideradas relevantes. Referindo-se o segundo, à pesquisa de Russel (1991), onde a autora faz uso de variáveis do Modelo das Crenças de Saúde e da Teoria da Acção Reflectida.

No entanto, previamente à sua apresentação, faremos referência às investigações de outros autores, por terem utilizado variáveis relativas à percepção de risco semelhantes às do Modelo das Crenças de Saúde. Referimo-nos à pesquisa de Glik, Kronenfeld & Jackson (1991), em que procuram analisar as percepções de risco dos pais de crianças na idade pré-escolar relativas aos acidentes na infância, como variável dependente, em relação a variáveis socio-demográficas, variáveis relativas às características da criança, psicossociais e comportamentais.

O risco percebido pelos pais, era avaliado pelas dimensões probabilidade e gravidade percebidas, relativamente aos diferentes tipos de acidentes mais comuns na criança. Os dados foram obtidos por entrevista telefónica efectuada a 1.200 mães de crianças entre os seis meses e cinco anos de idade.

Constatou-se que as mães sobrestimavam o risco de alguns acidentes, enquanto subestimavam o risco de outros. Em termos da percepção global do risco, entre dezassete tipos diferentes de acidentes, a intoxicação ocupava o 2º lugar seguindo-se à sufocação, e as quedas ocupavam o terceiro. O risco percebido era maior nas mães cujas crianças tinham sofrido previamente um acidente recente.

Considerando a globalidade dos resultados obtidos, as variáveis socio-demográficas não foram claramente preditores importantes nas percepções de risco das mães, enquanto as variáveis psicossociais o foram. Isto é, segundo os autores, os indicadores de classe social não parecem ter grande importância, o que leva a pôr de lado as suposições de que as famílias com baixo rendimento e as mães com menor nível educacional, parecem ter menos conhecimentos das ameaças à segurança das suas crianças. Apesar dos

resultados de alguns estudos revelarem um maior número de acidentes na criança em famílias com baixo rendimento, para Glik et al.(1991), as pessoas pertencentes a estas famílias podem necessitar de compensar os riscos “endémicos” nos seus meios, sendo mais conhecedoras e conscientes dos riscos nas suas crianças. Também não foram significativas as relações com as variáveis sexo e idade da criança, número de crianças na família, raça e idade da mãe.

Foi ainda evidente, que o stress relatado pelas mães e a personalidade da criança, eram os indicadores mais consistentes e fortemente associados com as suas percepções de risco. Quanto maior a percepção de stress e a percepção da sua criança como activa e difícil, maiores eram as percepções de risco, não estando associados com qualquer das variáveis socio-demográficas, mas sim com a experiência prévia de acidente na criança, variável que parece aumentar bastante o risco percebido pelas mães.

Relativamente aos comportamentos de segurança revelados pelas mães, não pareciam estar correlacionados com as suas percepções de risco. Esta relação só era positiva e significativa, quando a variável dependente incluía apenas a probabilidade percebida relativa à ocorrência do acidente.

Mais tarde, Glik, Greaves, Kronenfeld & Jackson (1993), num outro estudo em que observavam os perigos/riscos existentes em famílias com crianças na idade pré-escolar, encontraram um maior número de riscos dentro de casa do que fora desta, essencialmente relacionadas com possíveis situações de queda, fácil acesso a produtos tóxicos e possíveis queimaduras.

No referido estudo, agora fundamentalmente relativo a comportamentos de risco das mães, obtiveram-se resultados um pouco diferentes. O estatuto socio-económico foi considerado um dos factores com maior importância, embora estivesse associado à raça. Havia uma relação forte e inversa entre esta variável e os riscos observados em casa relativamente às situações mencionadas. Contudo na amostra, as famílias de raça negra, apresentavam maiores riscos em casa, mas também eram estas, que tinham um nível

socio-económico mais baixo, pelo que, as autoras concluíram que o factor em causa era provavelmente a classe social e não a raça.

O facto da criança ter sofrido previamente um acidente não tinha relação com os perigos observados. Resultado interessante foi a correlação forte e inversa, observada entre a supervisão materna e a presença de riscos domésticos. Podendo pensar-se, que as mães mais protectoras ou prudentes têm menos perigos em casa, logo, a criança corre menos riscos no que diz respeito à sua segurança no meio doméstico.

Concluem as autoras, que estes resultados suportam a ideia de que as práticas parentais são um importante contributo para os níveis de segurança da criança em casa. As práticas parentais junto da própria criança (supervisão, educação) e na própria organização do ambiente em casa, podem ser de extrema importância na prevenção do acidente na infância.

Deste modo, sugerem que as estratégias de intervenção deverão incluir abordagens nas quais os pais tenham um papel activo, assim como enfatizar as medidas passivas. Pois, como referem, os “activated parents” têm também maior probabilidade de implementar as medidas passivas (1993, p. 127).

Mas, segundo Glik e colaboradores, muito há ainda para fazer, no que diz respeito a uma definição compreensiva do conhecimento parental, das suas crenças e práticas relativas ao acidente na infância e da forma como estão relacionadas (1993).

O estudo de Peterson, Farmer & Kashani (1990), realizado em data anterior, tenta já dar algum contributo neste sentido. Intitulado “Esforços dos pais na prevenção de acidentes: uma função das crenças de saúde?”, a pesquisa, foi efectuada com 198 pais, sobretudo mães, com filhos de idades entre oito e dezassete anos, de ambos os sexos, na tentativa de determinar como as crenças parentais acerca da prevenção do acidente, influenciam os seus esforços de prevenção a esse nível.

Neste estudo, as autoras utilizaram uma variante do modelo das crenças de saúde de Rosenstock (1974) e Becker & Maiman (1975), no qual se basearam para a construção das predições acerca da relação entre crenças parentais, atitudes e as intervenções preventivas dos pais.

Pretendem fundamentalmente, fornecer algumas das primeiras demonstrações da relação entre as ideias dos pais acerca dos acidentes e as suas acções preventivas, e ainda, identificar aspectos das suas opiniões e atitudes, que possam ser sujeitas a intervenção, resultando assim, numa maior eficácia de futuras intervenções comportamentais e educacionais.

O questionário aplicado aos pais, incluía três partes :

- Dez tipos diferentes de acidentes, incluindo domésticos e de viação, sendo-lhes pedido que indicassem, por exemplo, os acidentes que já tinham ocorrido nos filhos e a respectiva idade da criança no momento do acidente, o nível de gravidade, qual a probabilidade de cada acidente ocorrer e a extensão na qual poderiam ser preveníveis, entre outras questões;
- Dez áreas diferentes de “ensino” relativas à segurança (por exemplo, ensinar a preparar alimentos de forma prudente). Sendo também solicitado aos pais, que indicassem a idade da criança, no momento em que a sua intervenção ocorreu, incluindo questões dirigidas ao conhecimento que possuíam das regras de segurança envolvidas em cada área, ao grau de competência percebida pelos pais para ensinarem aos filhos comportamentos de segurança em cada área específica, o seu grau de responsabilidade percebida nesse ensino, a importância atribuída a tal ensino visando a prevenção do acidente, a quantidade de tempo e esforço envolvido, e ainda outras;
- Uma lista de nove intervenções ambientais, (por exemplo, colocar produtos tóxicos fora do alcance das crianças) pedindo que respondessem, quais as que tinham adoptado, indicando a idade da criança na altura em que interviram.

As autoras apresentam uma descrição compreensiva das crenças dos pais acerca da prevenção do acidente, referindo-se aos efeitos da idade e do sexo dos filhos.

Adicionalmente, Peterson et al. (1990), propõem um modelo de crenças com a designação de “Injury Belief Model”, que lhes permitisse relacionar as variáveis, de forma a predizer as intervenções parentais. Na operacionalização do modelo, tomaram como referência de base o modelo das crenças de saúde e associaram alguns factores considerados relevantes para a equação acidente-prevenção, tais como: as crenças dos pais acerca da sua própria responsabilidade na prevenção dos acidentes; o seu conhecimento relativamente a métodos de prevenção dos acidentes; e a competência para ensinar os seus filhos a prevenir os acidentes.

Na tentativa de clarificar o modelo hipotetizado, as autoras dão o seguinte exemplo - o nível de ensino de uma competência específica poderá ser previsto em função de:

- Susceptibilidade - a estimativa dos pais acerca da probabilidade de cada um dos tipos de acidente ocorrer na criança;
- Competência - percepção dos pais acerca do conhecimento que têm sobre métodos de prevenção para cada acidente e acerca da sua competência para ensinar as capacidades necessárias, a fim de evitar cada um dos tipos de acidentes;
- Responsabilidade - crenças dos pais acerca de quem é a responsabilidade de ensinar essas capacidades;
- Eficácia - crenças dos pais de que tais acidentes são fundamentalmente evitáveis e que o ensino pode preveni-los;
- Custos - refere-se ao total de esforço despendido na intervenção preventiva dirigida a cada tipo de acidente.

Foi utilizada a análise de regressão múltipla, na tentativa de identificar quais as crenças parentais mais significativas, e qual a sua contribuição na predição, dos acidentes relatados pelos pais, do ensino/educação parental e das intervenções ambientais.

De uma forma geral, pode dizer-se que houve insucesso na predição dos acidentes, dado que, foram muito poucos os acidentes referidos pelos pais. Quanto às intervenções preventivas ambientais, as crenças parentais acerca dos tipos específicos de acidentes não foram significativas na predição daquelas intervenções. Os únicos resultados

significativos neste estudo, não têm a ver com comportamentos de segurança doméstica, mas apenas com o ensino de regras de segurança. Do conjunto de crenças, as que mais significativamente contribuíram para a equação foram: o conhecimento percebido pelos pais acerca dos métodos de prevenção e a competência percebida para ensinar “segurança” aos filhos, o esforço para ensinar, e a crença de que a intervenção pode prevenir o acidente.

Segundo Peterson et al. (1990) os resultados do seu estudo, podem ter implicações no planeamento de intervenções educacionais mais eficazes. Os dados obtidos permitem pensar, que se aumentarmos a percepção dos pais sobre a susceptibilidade dos seus filhos ao acidente e, simultaneamente, aumentarmos a sua percepção de competência para intervir, obter-se-ão resultados positivos ao nível da prevenção. Igualmente importante, parece ser, que os pais acreditem que quanto mais e melhor informação possuírem sobre segurança e maior for a sua competência no ensino desta, mais possibilidades têm para educar os seus filhos acerca da segurança doméstica.

As principais limitações apontadas pelas autoras a este estudo, dizem respeito ao facto da maioria das informações dadas pelos pais, terem sido reportadas a acidentes e a algumas intervenções relativas ao passado. Motivo porque sugerem futuras pesquisas baseadas em informação dos pais relativas a situações actuais, procedendo-se à predição de comportamentos actuais a partir das crenças e atitudes parentais, revelando a esperança de que, com a continuação de estudos nesta área “will extend our understanding of the elements that may underlie parents’ receptivity to prevention interventions” (1990, p. 190).

No entanto, pensamos que a ausência de capacidade preditiva do modelo teórico utilizado para o comportamento de prevenção dos pais, se pode justificar por algumas deficiências metodológicas do estudo. Os pais que fizeram parte deste estudo, tinham crianças com idade superior aos 8 anos, aos quais se perguntavam comportamentos de segurança adequados àquelas idades (andar de bicicleta ou atravessar as ruas), mas também comportamentos que só fazem sentido em fases muito anteriores do

desenvolvimento (como por exemplo colocar uma cancela nas escadas, ou protectores nas fichas eléctricas). Deste modo, as respostas dos pais, baseavam-se muito mais na sua memória do que em acções actuais. Parece portanto, que os próprios autores não operacionalizaram da melhor maneira o seu modelo, e daí a ausência de resultados significativos, em variáveis importantes do modelo considerado.

Por último, abordaremos então o estudo de Russell (1991), em que são utilizadas variáveis de ambos os modelos anteriormente referidos.

O objectivo fundamental da autora, era desenvolver um instrumento que permitisse avaliar as crenças das mães relativas à prevenção dos acidentes domésticos nas crianças mais novas, e as suas percepções da pressão social, que poderão ou não influenciar a sua adesão a comportamentos de prevenção respeitantes aos acidentes. Procurava deste modo contribuir para futuras pesquisas relativas à predição dos comportamentos de prevenção das mães relacionadas com os acidentes na criança.

O instrumento foi desenvolvido com base no modelo das crenças de saúde de Rosenstock (1974) e Becker & Maiman (1975), no conceito de auto eficácia de Bandura (1977) e na teoria da acção reflectida de Fishbein & Ajzen (1975) e Ajzen & Fishbein (1980), da qual foi utilizado o construto de norma subjectiva.

Foram construídas seis escalas, que Russell (1991) designou por: escalas de susceptibilidade, gravidade, benefícios, barreiras, baseadas no MCS; escala de auto-eficácia; e escala de influência social baseada na TAR, sendo esta última constituída por duas sub-escalas, uma relativa às crenças normativas, outra referente à motivação. Foi usada uma escala de Likert com cinco pontos, cujos extremos correspondiam a concordo/discordo, excepto nas duas sub-escalas, que eram respectivamente aprova/desaprova e nada/muitíssimo.

Basicamente, Russell (1991) seguiu a definição teórica dos conceitos dos autores nos quais se baseou, operacionalizando-os de forma semelhante. Alguns exemplos, poderão clarificar a constituição das escalas.

- Susceptibilidade percebida - “O meu filho tem probabilidade de ser vítima de queimadura por água quente”.

São referidos seis tipos de acidentes incluindo - quedas, intoxicações, sufocação, laceração, armas de fogo e como vimos, queimaduras.

- Gravidade percebida - “Uma queda das escadas seria grave para o meu filho”. Inclui os mesmos acidentes que a escala anterior.

- Benefícios percebidos - “Quando eu faço coisas de forma a prevenir os acidentes no meu filho, eu não me preocupo tanto como ele”.

Contempla aspectos como, poupar dinheiro e tempo, prevenir sofrimento na criança, entre outros.

- Barreiras percebidas - “Fazer as coisas de forma a prevenir os acidentes no meu filho demora muito tempo”.

Inclui vários aspectos como, não ter tempo, dinheiro, conhecimentos sobre prevenção de acidentes e cansaço por parte da mãe, entre outros.

- Auto-eficácia - “Eu sou capaz de manter os produtos de uso doméstico e os medicamentos em armários fechados à chave”.

Fazendo referência a comportamentos preventivos relativos a sacos de plástico, objectos cortantes, protectores para fichas eléctricas, barreiras para escadas e outros.

Relativamente à escala denominada de influência social, a autora explica a construção das duas sub-escalas - crenças normativas e motivação, referindo que a sua operacionalização foi idêntica à dos autores da TAR, mas não exemplifica. Os indivíduos ou grupos específicos utilizados incluíram: o marido ou companheiro, os familiares “mais próximos”, os maiores amigos, enfermeiro ou médico, assistente social e padre ou assistente religioso.

O instrumento foi aplicado a uma amostra de 50 mães com filhos de idades compreendidas entre um e três anos, residentes em “habitação social”. As famílias são

de baixo nível socio-económico e apresentam uma percentagem elevada de acidentes domésticos nas crianças.

Todas as escalas revelam uma boa consistência interna (alfa de Cronbach varia entre .83 e .98). A validade relacionada a um critério foi avaliada pela correlação entre as diferentes escalas e os comportamentos preventivos das mães em relação aos acidentes nas crianças.

O comportamento de prevenção das mães foi avaliado por observação dos perigos existentes em suas casas, usando o instrumento de Greaves (1990) “Home safety hazards observation” (consistência interna do instrumento foi de 0.79).

A análise de validade concorrente, revelou que todas as escalas excepto a da gravidade, estavam significativamente correlacionadas com o comportamento de prevenção das mães relativos ao acidente na criança.

Assim, as mães que percepcionavam maior susceptibilidade dos filhos ao acidente, mais benefícios na prevenção dos mesmos, maior capacidade em adoptar as medidas de prevenção, assim como, maior aprovação por parte dos outros (referentes) no sentido da implementação dessas medidas preventivas, e que revelavam maior motivação para agir de acordo com a opinião destes, tinham menos riscos de acidentes nas suas casas, podendo então dizer-se, que adoptavam mais comportamentos de prevenção.

Inconsistente com as previsões, foi a relação significativa mas na direcção oposta ao esperado, da escala das barreiras percebidas com os perigos observados, ou seja, quanto mais barreiras eram percepcionadas pelas mães ao desempenho de medidas preventivas, menor era o número de perigos observados nas suas casas. Segundo Russell, isto pode dever-se aos efeitos de desejabilidade social, provavelmente o medo de parecer ser uma mãe despreocupada, podendo perder os benefícios da “assistência pública” que usufruíam, podia ter contribuído para as suas respostas.

Quanto à ausência de correlação da escala de gravidade com os comportamentos de prevenção, a maioria das respostas das mães localizavam-se no polo da escala correspondente ao “concordo”, o que pressupõe a necessidade de uma revisão desta escala, no sentido de solicitar aos sujeitos a sua opinião sobre o grau de gravidade de determinado acidente na criança, e não, a sua concordância ou discordância relativamente à mesma.

Pode então dizer-se que, apesar de ser um instrumento que terá de ser submetido a algumas alterações, parece constituir uma boa base para trabalhos futuros. A autora sugere a sua aplicação a uma amostra mais ampla, com sujeitos de diferentes níveis socio-económicos.

Este e outros instrumentos semelhantes poderão, em muito, contribuir para a identificação dos preditores dos comportamentos parentais relativos à prevenção de acidentes domésticos nas crianças mais novas. Podendo assim, permitir simultaneamente uma melhor compreensão do comportamento dos pais, fornecendo a base para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes, com vista à diminuição dos acidentes nas crianças, onde é relevante o papel dos técnicos de saúde junto dos pais, segundo Russell (1991), fundamentalmente dos enfermeiros.

Com a apresentação destes estudos, procurou-se uma adequação teórica destes modelos ao problema em análise, e a identificação de algumas especificidades da aplicação dos modelos a esta temática.

***III - PROBLEMA E HIPÓTESES DE
INVESTIGAÇÃO***

1. REENQUADRAMENTO DO PROBLEMA

O elevado número de acidentes domésticos registados em Portugal, que vitimam crianças principalmente na faixa etária do 1 aos 4 anos, associado a intervenções de vária ordem junto dos pais e educadores no sentido da sua prevenção, revelam não só o reconhecimento da gravidade do problema, como a dificuldade de intervenção no domínio da prevenção dos acidentes domésticos.

Tal como em muitos outros domínios de prevenção (como por exemplo, a prevenção de doenças infecciosas e parasitárias, da cárie dentária, entre outras), é difícil comunicar aos pais a informação relativa a riscos e mobilizá-los para alterar hábitos de conduta que são muitas vezes culturalmente reforçados, sobretudo quando essa mudança implica hábitos domésticos que estão fortemente implantados. O sucesso das campanhas de prevenção ao nível da mudança de comportamentos dos pais e educadores passa, não só pela divulgação dos níveis de risco objectivo a que estão sujeitas as crianças mas também, pelo estabelecimento de uma linguagem comum entre os técnicos e os pais ou outros responsáveis pela criança. Mas, só a compreensão da racionalidade inerente aos seus actos permitirá avançar nesse sentido.

Assim, questionamos:

- Quais os factores socio-cognitivos que mediatizam os comportamentos de prevenção dos pais relativos ao acidente doméstico nos seus filhos?

Alguns dos estudos desenvolvidos nesta área, revelam que a preocupação dos pais e a sua compreensão dos riscos são diferentes consoante o tipo de acidente em causa (Eichelberger et al, 1990), e a adopção de medidas de segurança doméstica não são consistentes face ao risco de diferentes acidentes na criança, variando também perante situações de risco que podem pôr em causa o mesmo tipo de acidente doméstico Wortel & Geus (1993).

Optámos assim, por estudar um tipo específico de acidente doméstico, cuja incidência tem aumentado na criança nos últimos anos - a intoxicação por produtos perigosos; e um comportamento específico de prevenção das mães face ao risco deste tipo de acidente no seu filho - "a colocação de produtos de uso doméstico em armários altos e com fechos de segurança".

Na tentativa da identificação e compreensão dos factores socio-cognitivos, dada a sua multiplicidade, sentimos necessidade de conduzir esta pesquisa com base em modelos teóricos que integrassem as variáveis de interesse a mobilizar, e que fossem aplicáveis ao estudo de comportamentos de saúde, e de forma mais específica aos comportamentos de prevenção dos pais relativos ao acidente doméstico na criança. Assim, dada a vasta utilização do modelo das crenças de saúde e da teoria do comportamento planeado, na predição e compreensão de comportamentos de saúde, e baseando-nos na opinião de Peterson et al. (1990) e Russel (1991), quanto à sua utilidade na área dos acidentes domésticos na criança, recorreremos a estes modelos, questionando:

- Qual dos modelos tem maior poder preditivo dos comportamentos de prevenção das mães face ao risco de intoxicação doméstica na criança?.

2. HIPÓTESES

Na sequência da revisão de literatura apresentada e de acordo com os modelos/teorias anteriormente descritos, colocamos as seguintes hipóteses, relativas à intenção das mães de adoptar comportamentos de prevenção face ao risco de intoxicação doméstica não intencional nos seus filhos:

De acordo com o Modelo das Crenças de Saúde (Rosenstock, 1974; Becker & Maiman, 1975):

Hipótese 1

A intenção das mães de pôr em prática comportamentos de prevenção será tanto maior quanto:

- Maior for a sua percepção de benefícios face ao desempenho de tal comportamento preventivo e maior for a percepção da ameaça (risco) de intoxicação no seu filho
- Menor a sua percepção de barreiras (custos) face à adopção de tal comportamento.

De acordo com a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1985, 1987, 1991):

Hipótese 2

A intenção das mães de pôr em prática comportamentos de prevenção será tanto maior quanto:

- Mais favorável for a sua atitude relativamente ao comportamento e maior for a pressão social percebida e maior o controlo comportamental percebido face ao desempenho do comportamento.

Com base no estudo efectuado por Peterson, Farmer e Kashani (1990):

Hipótese 3

A intenção das mães de adoptar comportamentos de prevenção será tanto maior quanto:

- Maior a responsabilidade percebida face à segurança doméstica dos filhos.

Para além destas hipóteses, duas questões de investigação se colocam.

Nenhum dos modelos teóricos que utilizamos postula uma relação directa entre as variáveis socio-demográficas e a intenção comportamental, embora ambos as incluam enquanto variáveis indirectamente influentes no resultado final.

Muitos dos estudos realizados na área da prevenção dos acidentes domésticos, embora não façam predições específicas, essencialmente no que diz respeito à variável estatuto socio-económico/estatuto social, incluem-na nas suas pesquisas, na tentativa de conhecer as suas relações com as crenças, atitudes e comportamentos de risco ou de segurança das mães. Tal como refere Wortel & Geus (1993), os resultados não são consistentes e sobretudo não dão indicações concretas para o planeamento de actividades preventivas.

Alguns investigadores não têm encontrado relações entre o estatuto socio-económico dos pais e as suas crenças sobre prevenção (Langley & Silva, 1982, citado por Peterson et al., 1990), nem entre o nível educacional das mães e a sua adopção de medidas de segurança (Wortel & Geus, 1993). Afirmam que as variáveis socio-demográficas como o rendimento e o nível de educação das mães, não são bons preditores das suas percepções do risco de acidente na infância (Glik et al., 1991), nem da ocorrência de acidentes na criança (Horwitz et al., 1988). Enquanto outros, têm encontrado associações entre o nível socio-económico e a presença de situações de risco em casa (Gallagher et al., 1985, citado por Glik et al., 1993), revelando que os pais de estatuto

inferior, adoptam menos comportamentos de prevenção (Glik et al., 1993), e revelam menor compreensão em relação à segurança da criança, subestimando os riscos do acidente (Eichelberger et al., 1990).

Dado que, a associação da variável estatuto social dos pais com outras de interesse relevante para esta pesquisa, não é clara, será nossa intenção proceder ao seu estudo.

Quanto à segunda questão de investigação, é também nossa intenção analisar e comparar o poder preditivo dos dois modelos teóricos utilizados, relativamente aos comportamentos de prevenção das mães face ao risco de intoxicação doméstica na criança, dada a inexistência de estudos comparativos neste âmbito. Com os contributos das variáveis de ambos, proceder-se-à à sua integração, na tentativa de construir um modelo de análise da prevenção da intoxicação doméstica na criança.

IV - MÉTODO

1. SUJEITOS

A amostra é constituída por mães de crianças de ambos os sexos com idades compreendidas entre os nove e os quinze meses e meio (n=186), pertencentes a diferentes zonas da Região de Lisboa.

A) Justificação da escolha da amostra

A nossa opção por incluir apenas as mães na amostra, tem por base o pressuposto teórico de que existem diferenças entre o pai e a mãe tanto na constelação de crenças, como na relação entre crenças e comportamentos, o que pode dever-se a um maior conhecimento da criança pela mãe e à sua maior experiência com ela em contextos específicos, o que faz com que a mãe tenha comportamentos mais dependentes do contexto (McGillicuddy-De Lisi, 1985).

Tratando-se da adopção de medidas de segurança doméstica dirigidas à criança, pensamos também ser relevante o facto de na grande maioria dos casos serem as mães a assumir a tutela do lar, assim como a ter um papel dominante na protecção e educação dos filhos. Como dizem Houtrouw & Carlson, a mãe é “the primary caregiver”, responsável por garantir a saúde dos filhos (1993), e ainda como afirmam Wortel & Geus, são elas que frequentemente têm o maior impacto no comportamento de saúde da família (1993).

Relativamente à escolha da idade das crianças, recordamos algumas das pesquisas que mostram que a idade e o desenvolvimento da criança, estão associados com tipos específicos de acidentes (Rivara & Mueller, 1987; Rivara et al., 1989). Como este estudo incide na prevenção de um tipo específico de acidente, as intoxicações nas crianças, lembramos ainda, que as estatísticas de mortalidade e morbidade são reveladoras da maior percentagem de intoxicações no grupo etário do um aos quatro anos (INE, 1991 a 1994; EHLASS, 1991 a 1994).

É sobretudo entre o primeiro e o quarto ano de vida, que a criança começa a explorar o meio que a rodeia, a ter uma enorme curiosidade de descobrir um mundo novo utilizando e desenvolvendo todas as suas capacidades sensoriais - olhando, mexendo, cheirando, tocando e provando tudo o que estiver ao seu alcance, e é também a idade, em que a criança começa a deslocar-se pelos seus próprios meios (Cordeiro, 1991). Os acidentes domésticos são particularmente frequentes, quando as crianças iniciam a locomoção e começam a explorar o ambiente, habitualmente entre o primeiro e o segundo ano de idade (Rivara & Mueller, 1987).

Por se tratar da prevenção das intoxicações, considerámos a mobilidade das crianças como uma variável fundamental para a sua exposição ao risco. Tendo em conta o seu desenvolvimento psicomotor, utilizando como referência o Denver II^{*}, verifica-se que 50% das crianças adquirem a marcha cerca dos 12,5 meses de idade, 25% cerca dos 11 meses e 90% aos 15 meses (Gomes Pedro, 1994).

Optámos assim, por mães de crianças a partir dos 9 meses, porque tratando-se de comportamentos de prevenção, as mães devem antecipar as mudanças no desenvolvimento da criança, para que tais medidas sejam eficazes, sendo aceite como limite máximo 15 meses e 15 dias, desde que estivessem na condição por nós solicitada “que ainda não andassem bem sozinhos”.

Para a diversificação das características socio-demográficas da amostra, os questionários foram distribuídos em infantários e centros de saúde situados na cidade de Lisboa e periferia.

B) Descrição das características da amostra

Embora se tenha optado por infantários, situados a grande maioria na cidade de Lisboa, constatou-se que os sujeitos habitavam nesta cidade, e na sua área metropolitana, pelo

* Teste destinado à avaliação do desenvolvimento das crianças, de Frankenburg, et al., 1992, utilizado em Portugal, em unidades de saúde, nomeadamente na Unidade de Desenvolvimento do Hospital de Santa Maria.

que houve preocupação na selecção dos centros de saúde, tendo em conta a sua área de abrangência.

Assim, os sujeitos habitam não só em bairros da cidade de Lisboa, como por exemplo, Alvalade, Lumiar, Sete Rios, Benfica e Olivais, como também em bairros de localidades da periferia (cerca de 55%), situados na zona a Norte de Lisboa, como Sacavém e Odivelas, na linha de Sintra como Amadora e Queluz, na linha de Cascais, sobretudo Linda-a-Velha, Parede e Cascais e na Margem Sul do Tejo principalmente no Laranjeiro e Cova da Piedade.

Deste modo, do ponto de vista da proveniência da amostra, esta é bastante heterogénea como mostra o Quadro 3.

Quadro 3 - Zonas de proveniência dos sujeitos

Zonas	N	%
Lisboa	82	44.56
Zona Norte de Lisboa	31	16.85
Linha de Cascais	26	14.13
Linha de Sintra	25	13.59
Margem Sul do Tejo	20	10.87
Total	184	100

- Caracterização do agregado familiar e condições habitacionais

O agregado familiar dos sujeitos como se observa no Quadro 4, é na sua grande maioria (85,5%) composto por três ou quatro pessoas, só um número escasso de famílias possui cinco ou mais elementos. A maioria destas famílias, cerca de 92%, têm um ou dos filhos.

Quadro 4 - Agregado familiar

Agregado familiar	N	%
3 pessoas	92	49.5
4 pessoas	67	36
5 pessoas ou mais	27	14.5
Total	184	100

No que se refere às condições habitacionais das famílias, somente cerca de 3% habitam casas pré-fabricadas. A maioria das famílias vive em andares (77%) e cerca de 20% em vivendas. O número de divisões que prevalece é três e quatro assoalhadas (75%).

- Caracterização dos pais

Em relação à idade da mãe e do pai, verifica-se que a média de idades das mães é ligeiramente inferior ($\bar{X}=30$; $s=5$) à dos pais ($\bar{X}=33$; $s=6$), encontrando-se a maior percentagem de mães entre os 26 e 30 anos e uma percentagem semelhante dos pais entre os 31 e 35 anos, como indica o Quadro 5.

Quadro 5 - Idade da mãe e do pai

Idade	Mãe		Pai	
	N	%	N	%
< 25 anos	26	14.0	12	6.5
26-30 anos	76	40.8	55	29.6
31-35 anos	66	35.5	75	40.3
> 36 anos	18	9.7	44	23.6

No que se refere à escolaridade, a amostra integra os grandes grupos de escolaridade da

população, pois inclui desde sujeitos com escolaridade inferior à 4ª classe a sujeitos que possuem a licenciatura, como mostra o Quadro 6 . Pode dizer-se que os níveis de escolaridade são bastante idênticos entre pais e mães, 19,4% das mães possuem o ciclo preparatório ou inferior, relativamente a 21,1% dos pais; 36,8% das primeiras têm o ensino secundário e uma idêntica percentagem dos pais possuem o mesmo; a percentagem mais elevada (43,8%) é a das mães que têm curso médio ou licenciatura, passando-se o mesmo relativamente aos pais (42,7%), como mostra o Quadro 6.

Quadro 6 - Escolaridade da mãe e do pai

Escolaridade	Mãe		Pai	
	N	%	N	%
Até 4ª classe	19	10.2	18	9.7
Ciclo preparatório	17	9.2	21	11.4
Liceu/ensino secundário	68	36.8	66	35.7
Curso médio	34	18.4	23	12.4
Licenciatura	47	25.4	56	30.3
Total	185	100	185	100

No que diz respeito às profissões desempenhadas quer pelas mães, quer pelos pais das crianças, estas incluem todos os grandes grupos profissionais que o Instituto de Estudos para o Desenvolvimento referencia (França, 1993).

Foi tomando por base a terminologia e modo de classificação do I.E.D., que as profissões da amostra foram categorizadas (Quadro 7).

Quadro 7 - Grupos profissionais da mãe e do pai

Profissões	Mãe		Pai	
	N	%	N	%
Quadros superiores da Admin.Públ. e Privada	20	10.8	38	20.8
Quadros médios da Admin.Públ. e Privada	45	24.3	40	21.8
Empregados do sector Público e Privada	68	36.8	49	26.8
Operários Especializados / Semi-Especial.	9	4.9	38	20.8
Trabalhadores não qualificados	22	11.9	15	8.2
Não activos	21	11.3	3	1.6
Total	185	100	183	100

- Caracterização das crianças

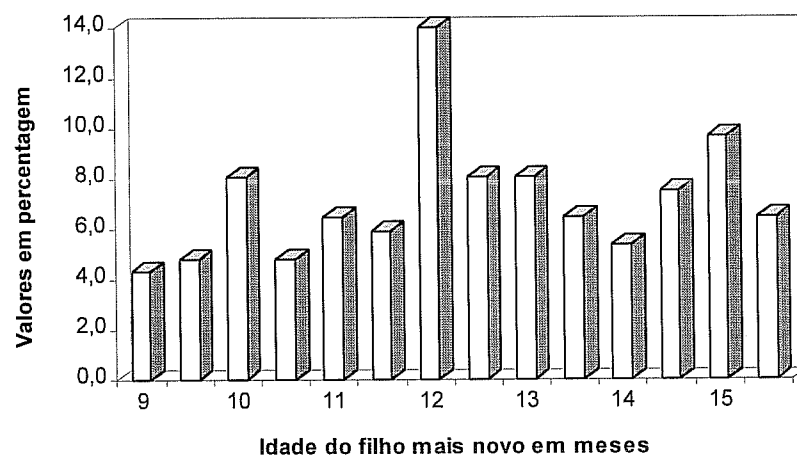
As 186 mães responderam ao questionário relativamente ao seu filho mais novo, entre os quais 56,5% pertencem ao sexo masculino e 43,5% são do sexo feminino.

Em relação à idade das crianças como se observa no Quadro 8 e Gráfico 1, elas distribuem-se entre os 9 e 15,5 meses, havendo um maior número com 12 meses (14%), sendo a idade com menor representação a dos 9 e 9,5 meses. A média de idades é de 12,5 meses. Cerca de 34% das crianças situam-se entre os 9 e 11,5 meses, 30% estão entre os 12 e os 13 meses, enquanto cerca de 36% têm idade superior a 13 meses e inferior ou igual a 15,5 meses.

Quadro 8 - Distribuição das crianças por idade

Idade do filho mais novo	N	%
9 meses	8	4.3
9,5 meses	9	4.8
10 meses	15	8.1
10,5 meses	9	4.8
11 meses	12	6.5
11,5 meses	11	5.9
12 meses	26	14.0
12,5 meses	15	8.1
13 meses	15	8.1
13,5 meses	12	6.5
14 meses	10	5.4
14,5 meses	14	7.5
15 meses	18	9.7
15,5 meses	12	6.5
Total	186	100

Gráfico 1 - Representação gráfica da distribuição das crianças por idade



- Caracterização dos acidentes

No que se refere aos acidentes na criança quis-se saber o tipo de experiência que as mães possuíam.

Quanto à ocorrência de acidentes domésticos nos filhos, constata-se que 37 (20,1%) das crianças sofreram acidentes em casa. Assim, a percentagem de mães com experiência directa não foi muito elevada, embora seja de considerar dada a dimensão da amostra. Entre os acidentes ocorridos, 14 (42,4%) aconteceram há menos de seis meses e os restantes em tempo posterior.

Relativamente aos diferentes tipos de acidentes que ocorreram, como se pode observar no Quadro 9, a sua distribuição pelos mesmos é semelhante ao que se passa na população deste grupo etário. Os mais frequentes são as quedas, seguindo-se as queimaduras, às quais se aproximam as intoxicações.

Quadro 9 - Distribuição dos acidentes domésticos ocorridos nas crianças pelos diferentes tipos de acidentes

Tipos de acidentes domésticos *	N	%
Quedas	24	60
Queimaduras	6	15
Intoxicações	5	12.5
Pancadas	2	5
Entalão	2	5
Cortes	1	2.5
Total	40	100

* O total de acidentes domésticos ocorridos nas crianças é superior ao número de crianças acidentadas (37), porque três delas sofreram dois tipos de acidentes diferentes.

Entre as crianças acidentadas cerca de 75% necessitaram de tratamento, das quais 46,4% tiveram de recorrer ao hospital, embora 35,7% recebessem tratamento somente em casa e as restantes noutros locais como em centros de saúde. É de realçar que todas as crianças que sofreram intoxicações, necessitaram de cuidados de saúde hospitalares.

Em termos da experiência indirecta das mães com o acidente doméstico, especificamente com as intoxicações, cerca de 19% das mães tinham conhecimento de crianças entre os seus familiares, amigos ou vizinhos, que haviam sofrido intoxicações por produtos de uso doméstico.

Ao pedido feito às mães no final do questionário, de indicação da sua morada, possibilitando futuros contactos em termos da continuação deste estudo, das 186 mães que constituíam a amostra, 151 (81,2%), indicaram a sua morada completa, o que parece revelar disponibilidade e interesse para abordagens futuras. É ainda de referir que algumas mães, no final do preenchimento do questionário, fizeram questão de registar o nosso endereço expresso na folha introdutória do mesmo, e casos houve em que ficaram com esta folha para, em posse do dito endereço, poderem posteriormente saber informações sobre este estudo no qual colaboraram.

2. CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Na elaboração do questionário seguimos de perto a definição teórica dos diferentes conceitos dos modelos de partida, e a sua operacionalização foi também baseada nos estudos anteriormente citados. O conteúdo dos itens foi influenciado por algumas pesquisas mais relevantes sobre comportamentos de prevenção dos pais e factores socio-cognitivos subjacentes, no âmbito do acidente doméstico na criança, e pelas entrevistas exploratórias efectuadas a 15 mães com condições semelhantes às da amostra utilizada nesta pesquisa.

O questionário foi sujeito a um pré-teste (anexo I) junto de 18 mães, que preenchiem as condições da nossa amostra, cujas respostas permitiram melhorar a formulação de algumas questões.

A descrição que apresentamos das variáveis não segue a ordem do questionário final (anexo II), mas a do percurso teórico da sua elaboração.

A ordem pela qual as perguntas surgem no questionário, foi definida em termos do interesse do sujeito. Para melhor identificação das variáveis, atribuímos um número a cada uma das questões (colocados na margem esquerda do questionário - anexo II), que lhes irá corresponder.

A) Variável Dependente

Foi definida como - “A intenção das mães de colocar os produtos de uso doméstico em armários altos e com fechos de segurança”

Definição que tem por base, os comportamentos de prevenção considerados adequados e que são actualmente aconselhados aos pais (DGS; INDC; APSI), face ao perigo de intoxicações por produtos de uso doméstico, nas crianças mais novas. Tais como,

“manter estes produtos fora do alcance das crianças“ ou especificando “em armários altos e fechados à chave“ privilegiando ultimamente o uso dos fechos de segurança.

Nos modelos teóricos de que partimos a variável que se procura prever é sempre o comportamento. No MCS a operacionalização mais comum é a realização de um determinado comportamento, por exemplo, o número de vezes que as mães levavam os filhos às consultas de vigilância de saúde, ou o cumprimento de determinada prescrição terapêutica (Janz & Becker, 1984). Na TCP faz-se claramente a distinção entre intenção comportamental e comportamento. De qualquer modo, todos os estudos realizados no âmbito desta teoria encontram correlações bastante elevadas entre a intenção e o comportamento (entre .72 e .96), como podemos constatar nos vários estudos citados por Ajzen (1988), entre eles, o de Manstead et al. (1983), anteriormente referido (.82).

Como um dos nossos objectivos era comparar o poder preditivo dos dois modelos relativamente ao comportamento de prevenção das mães, e como ainda não temos dados acerca de tal comportamento, optámos por operacionalizar a variável dependente (perg. nº 39), da seguinte forma:

“- Penso colocar os produtos de uso doméstico em armários altos e com fechos de segurança”.

Nada provável 1 2 3 4 5 6 7 MUITÍSSIMO provável

Como se vê, esta operacionalização segue muito de perto a da intenção comportamental da TCP, mas pelos mesmos teóricos acima referidos, admitimos que este indicador tenha um elevado grau de associação com o comportamento.

B) Variáveis relativas ao Modelo das Crenças de Saúde

Os indicadores respeitantes às percepções de risco das mães relativas à intoxicação na criança por produtos de uso doméstico, foram construídos com base nos estudos de Glik

et al. (1991) e Russell (1991), já anteriormente mencionados. Estas percepções foram medidas através de uma escala unidimensional com sete pontos (de 1 a 7). No caso da Susceptibilidade percebida (perg. 3), os extremos exprimiam respectivamente “nada provável” e “muitíssimo provável”; quanto à Gravidade percebida (perg. 4), “nada grave” e “muitíssimo grave”; e em relação à Ameaça percebida (perg. 2), “nunca” e “muitíssimas vezes”.

Em relação às variáveis relativas aos Benefícios e Barreiras percebidas, ou seja as crenças das mães acerca das vantagens (consequências positivas), ou desvantagens (consequências negativas), resultantes da sua adopção do comportamento preventivo em questão, os respectivos indicadores, quatro para cada um dos índices, correspondem aos oito aspectos mais frequentes, entre os vários verbalizados pelas mães nas entrevistas exploratórias.

Como se pode verificar, (anexo II) das vantagens apontadas pelas mães (perg. 11, 13, 15 e 17), duas delas, referem-se à criança (perg. 11 e 17), revelando acreditar, que o facto de colocarem os produtos perigosos fora do seu alcance, não só poderá evitar a intoxicação, como proporcionar maior liberdade à criança para brincar. As restantes (perg. 13 e 15), são representativas de vantagens para as próprias mães, na medida em que estas acreditam que o desempenho de tal comportamento, não só lhes proporcionará menor preocupação quando o filho está a brincar longe delas, como maior segurança mesmo quando estão junto da criança. O seu alfa de Cronbach revelou-se bastante satisfatório (.73).

As desvantagens enumeradas (perg. 12, 14, 16 e 18) situam-se em dificuldades na execução das tarefas domésticas - complica as tarefas, faz perder tempo, dificulta a utilização dos produtos, e para além destas referiram ainda que o preço dos fechos de segurança, também poderá representar alguma dificuldade na sua aquisição. O seu alfa de Cronbach foi igualmente satisfatório (.73). Estes níveis de consistência interna permitiram-nos associar estes indicadores em dois grupos, um para cada uma destas dimensões do modelo: Benefícios e Barreiras percebidas.

Foi também utilizada uma escala de sete pontos, cujos extremos correspondiam a “discordo totalmente/concordo totalmente”, como por exemplo :

“ - Colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança, faz com que o meu filho possa brincar mais livremente ”

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

Quanto às variáveis designadas como “indícios para a acção” (cues to action), que na opinião dos autores actuam como estímulos do comportamento dos indivíduos (Rosenstock, 1974; Becker & Maiman, 1975), foram consideradas, as experiências prévias das mães com o acidente doméstico na criança, quer a sua experiência directa quer indirecta. Esta opção, liga-se com a importância que estas variáveis têm revelado em algumas pesquisas no âmbito do acidente na criança, embora as opiniões não sejam totalmente concordantes, como se pode constatar anteriormente (Glik et al., 1991; Glik et al., 1993). Sendo também de referir Horwitz (1988), ao afirmar que a “história de acidentes” na criança, é um importante determinante na ocorrência destes acontecimentos, habitualmente relacionada com factores familiares.

Com o objectivo de obter informação sobre o tipo de experiência das mães, relativa ao acidente na criança, foi-lhes pedido que respondessem a duas perguntas (perg. 53 e 57). A primeira refere-se à sua experiência directa, e a segunda à indirecta, como se indicam :

“- *Algum dos seus filhos teve algum acidente dentro de casa?* ”

“- *Conhece alguma criança dos seus familiares, amigos ou vizinhos que tenha tido uma intoxicação com produtos de uso doméstico?* ”

Face a estas questões as mães tinham duas opções de resposta: Sim (codificada como 2) e Não (à qual foi atribuída o código 1).

C) Variáveis relativas à Teoria do Comportamento Planeado

- Crenças Comportamentais e Avaliações sobre a colocação de produtos domésticos fora do alcance das crianças

Os indicadores relativos às Crenças Comportamentais (crenças das mães acerca do comportamento preventivo mencionado), foram os mesmos que os utilizados para os Benefícios e Barreiras percebidos do MCS, pois a semelhança entre estes conceitos, dificilmente permite uma diferente operacionalização.

Como já anteriormente referido relativamente ao MCS, os indicadores (8 itens) foram seleccionados, a partir das entrevistas exploratórias realizadas - quatro deles dizem respeito aos resultados positivos (vantagens) que poderão advir da realização do comportamento e igual número aos resultados negativos (desvantagens). Deste modo, as questões colocadas foram as mesmas (perg. 11 a 18), assim como as escalas utilizadas na sua medição. Vejamos um outro exemplo :

“- Colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança é uma coisa que me faz perder tempo”

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

Em relação às Avaliações dos resultados, tal como Ajzen & Fishbein (1980) propõem, foram construídos oito indicadores, correspondentes a cada um dos anteriores, pretendendo agora obter o grau de importância (avaliação) atribuído pelas mães, a cada uma das vantagens e desvantagens relativamente à adopção do comportamento preventivo. As “Avaliações” foram medidas igualmente através de uma escala de sete pontos, que variava desde “Não é importante para mim” a “É muitíssimo importante

para mim”, como por exemplo:

“ - *Perder tempo:* ”

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É muitíssimo importante para mim

De acordo com a fórmula proposta por Ajzen & Fishbein (1980), como vimos anteriormente na descrição da sua Teoria, para cada questão criou-se uma medida combinada que exprime o produto da crença com a respectiva avaliação. Os níveis de consistência interna já referidos, do conjunto dos indicadores relativos às vantagens e às desvantagens, permitiram-nos também considerá-los como índices a serem analisados separadamente, para além de se ter criado um índice total (crenças x avaliações), que advém da média aritmética dos dois índices referidos.

- Crenças Normativas e Motivação

Tal como os indicadores das crenças comportamentais, foi também com base nas entrevistas exploratórias efectuadas, que se seleccionaram os indivíduos ou grupos de referência, de modo a obter informação relativa às Crenças Normativas das mães. Não foram mencionados grupos, mas sim indivíduos específicos, tendo sido considerados como mais importantes: o médico, a educadora, o pai do seu filho, a sua própria mãe e ainda a melhor amiga.

Assim, com base nestes cinco referentes, e seguindo a orientação da teoria de Ajzen & Fishbein (1980), foram elaboradas cinco perguntas (perg. 27 a 31) respeitantes a cada um dos referentes, utilizando igualmente uma escala de sete pontos, como se pode ver no exemplo seguinte :

“- O pai do meu filho acha que eu: “

*Não devia 1 2 3 4 5 6 7 Devia
colocar os produtos perigosos em
armários altos e com fechos de segurança*

Quanto à Motivação para agir em conformidade com a opinião desses indivíduos específicos, esta foi averiguada através de cinco questões (perg. 33 a 37), uma para cada referente, pretendendo-se saber em que medida as mães tendem a seguir a opinião que atribuíam a cada um destes indivíduos. Foi feita uma pequena introdução, à qual se seguiam as cinco perguntas, como se pode ver no exemplo seguinte.

“- Relativamente às decisões que toma sobre a segurança do seu filho até que ponto é importante a opinião :”

“- Do pai do seu filho “

Nada importante 1 2 3 4 5 6 7 MUITÍSSIMO importante

Tal como anteriormente, tomando como referência a proposta dos autores, criou-se também uma medida combinada para cada um destes referentes, que resulta do produto da crença normativa com a respectiva motivação.

- Norma Subjectiva

Para averiguar a norma subjectiva das mães relativa à colocação dos produtos perigosos fora do alcance das crianças, foi elaborada uma pergunta de ordem geral, (perg. 32) com base nos estudos de Ajzen & Fishbein (1980):

“- A maioria das pessoas que são importantes para mim acha que eu : “

*Não devia 1 2 3 4 5 6 7 Devia
colocar os produtos perigosos em
armários altos e com fechos de segurança*

- Atitude

A atitude das mães face ao comportamento preventivo em questão, foi medida através de uma escala de sete pontos cujos extremos correspondiam a “nada favorável/mutíssimo favorável”, tendo sido averiguada a partir do seguinte indicador (perg. 38) :

“- A minha opinião sobre a colocação dos produtos de uso doméstico em armários altos e com fechos de segurança é :”

- Controlo Comportamental Percebido

Os indicadores relativos ao controlo comportamental percebido face ao comportamento de prevenção considerado, foram construídos com base nos estudos de Ajzen & Madden (1986) e Beale & Manstead (1991). Pretendia-se obter informação relativa à facilidade ou dificuldade percebida pelas mães face à realização do comportamento. Para isso, foram elaboradas duas perguntas (perg. 40 e 41), sendo utilizada igualmente uma escala de sete pontos, cujos extremos exprimiam “muito fácil/muito difícil” e “sou capaz de fazer/não sou capaz de fazer”.

O nível de consistência interna dos dois indicadores revelou-se bastante satisfatório (.85), pelo que nos permitiu construir um índice incluindo os dois itens. Na análise de resultados, os extremos das escalas foram invertidos e procedeu-se à respectiva recodificação.

Para além destas, foram elaboradas três perguntas (perg. 6, 7 e 8) com o intuito de obter informação das mães especificamente sobre os fechos de segurança (se são ou não para si desconhecidos, se sabe onde os pode adquirir e se considera fácil ou difícil a sua aquisição). Informação subsidiária que consideramos fundamental para a sua possível utilização.

D) Variáveis Externas aos dois Modelos

A variável externa aos modelos considerados, e que incluímos neste estudo, refere-se à Responsabilidade percebida (Peterson et al., 1990) que diz respeito à percepção das mães acerca da sua própria responsabilidade para manter um ambiente seguro em casa. Esta informação foi obtida através de uma questão (perg. 5), tendo sido medida também por uma escala de sete pontos com os seguintes extremos: “Nada responsável/muitíssimo responsável”.

E) Variáveis Socio-Demográficas

As duas últimas páginas do questionário, foram destinadas sobretudo à recolha de informações relativas às características socio-demográficas da amostra, como a idade dos pais e das crianças, profissão dos pais e nível educacional, agregado familiar entre outras, assim como à caracterização dos acidentes ocorridos previamente nas crianças.

Com base em quatro destas variáveis socio-demográficas - nível educacional da mãe e do pai, e profissão da mãe e do pai construímos um único índice que designámos de estatuto social dos pais. A sua construção não foi difícil de admitir, dado que o nível de consistência interna dos quatro indicadores, assim o permitia (alfa de Cronbach = .89).

Esta associação deveu-se à concordância com a opinião de alguns autores, como Wortel & Geus (1993), de que apenas um simples indicador pode ser crítico em estudos no âmbito do acidente. No entanto, estamos convictos de que o rendimento dos pais seria

uma informação também importante a associar mas, como referem os autores acima citados, este é muitas vezes um assunto delicado de abordar (1993), ao que acrescentamos ser frequentemente responsável por recusas dos sujeitos no que diz respeito à sua colaboração.

Foi ainda colocada às mãos uma questão (perg. 10), para sabermos se já tinham adquirido e/ou colocado os fechos de segurança nos armários de casa, informação relevante face à variável dependente considerada.

3. PROCEDIMENTO

Para obtenção dos dados, relativos aos 186 sujeitos que participaram neste estudo, escolheram-se dezasseis Infantários públicos e privados localizados a grande maioria na cidade de Lisboa. Assim como, também catorze Centros de Saúde pertencentes à Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, localizados na cidade de Lisboa e periferia compreendendo basicamente centros urbanos às portas de Lisboa, (como Odivelas, Amadora, Algés e Cascais) e centros urbanos da outra margem (como Almada, Laranjeiro e Cova da Piedade).

No primeiro caso, foram contactadas as educadoras no sentido de obtermos a sua colaboração no contacto com os pais e na identificação das crianças com as idades acima designadas. Em relação aos Centros de Saúde, contactaram-se as enfermeiras responsáveis pela saúde infantil, pedindo-lhes a sua colaboração na abordagem das mães de crianças das idades estabelecidas, nas suas idas aos centros de saúde, por motivos de vigilância da saúde dos seus filhos. Segundo o programa de Saúde Infantil e Juvenil emanado pela Direcção Geral da Saúde, incluindo as idades por nós escolhidas, as mães irão com os seus filhos às consultas de saúde infantil aos 9 meses, 12 meses e 15 meses de idade (DGS, 1993).

Após os contactos previamente estabelecidos com as respectivas educadoras e enfermeiras, foram-lhes entregues os questionários em envelopes individuais (com uma condição impressa no exterior do mesmo - “Para mães de bebés a partir dos 9 meses, que ainda não andam bem sozinhos. Idade máxima: 15 meses”), pedindo-lhes, no caso das educadoras, que os entregassem aos pais das crianças e que os recebessem depois de preenchidos, a fim de serem por nós recolhidos posteriormente. Às enfermeiras, foi-lhes pedido que solicitassem as mães a responder, enquanto aguardavam as consultas dos seus filhos, e que os recebessem após terem sido preenchidos pelas mães, procedendo-se à sua recolha em data posterior.

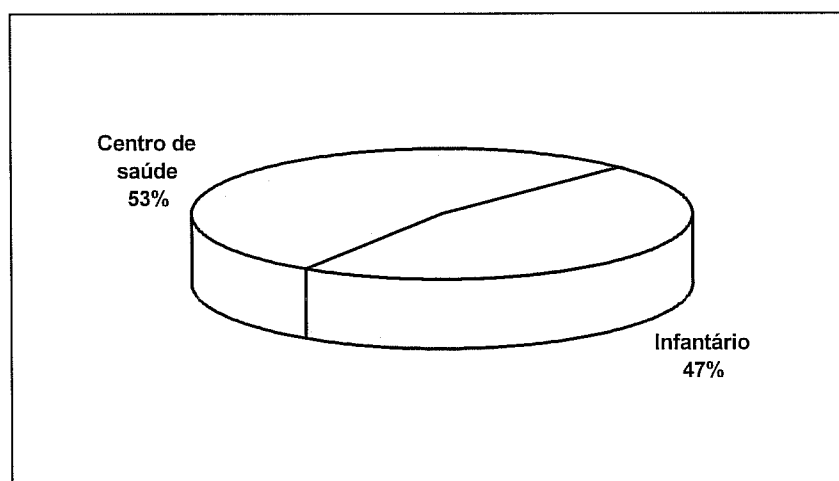
Nas instruções de preenchimento do questionário, pedia-se que fossem as mães a responder, a fim de homogeneizar essa variável. Sugeria-se também que após o preenchimento do questionário o devolvessem no envelope fechado, de forma a assegurar a confidencialidade das respostas.

Como indica o Quadro 10 e Gráfico 2, do total dos questionários, cerca de 53% foram recolhidos em Centros de Saúde e aproximadamente 47% em Infantários.

Quadro 10 - Local de aplicação dos questionários

Local de aplicação dos questionários	N	%
Infantário	87	46.8
Centro de saúde	99	53.2
Total	186	100

Gráfico 2 - Representação gráfica dos locais de aplicação dos questionários



V - RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados seguida da sua análise e discussão, processar-se-à na sequência das hipóteses anteriormente definidas .

Tendo por base a construção das hipóteses, os resultados serão relativos aos determinantes da intenção das mães de adoptar comportamentos de prevenção, no nosso caso, da intenção das mães de colocar os produtos de uso doméstico em armários altos e com fechos de segurança face ao risco de intoxicação doméstica não intencional nos seus filhos.

Proceder-se-à igualmente ao estudo da variável estatuto social dos pais e à análise e comparação do poder preditivo dos dois modelos teóricos utilizados, em relação aos comportamentos de prevenção das mães face ao risco de intoxicação doméstica na criança, na tentativa de dar resposta às nossas questões.

Por último, com os contributos das variáveis dos modelos testados, será apresentado e discutido um modelo de análise da prevenção da intoxicação doméstica não intencional na criança, construído a partir da integração das variáveis dos modelos anteriormente analisados.

1. ESTUDO DAS HIPÓTESES RELATIVAS AO MODELO DAS CRENÇAS DE SAÚDE (MCS)

Previamente à análise da hipótese derivada deste modelo, apresenta-se uma breve descrição dos resultados e das qualidades psicométricas do instrumento.

Tabela 1 - Médias, Desvios - padrão e Alfa de Cronbach (consistência interna) dos Indicadores do MCS

(n=186 sujeitos)					
ÍNDICES	Nº de ITENS	INDICADORES	ALFA de CRONBACH	\bar{X}	S
Susceptibilidade Percebida (a)	1	.Probabilidade de Intoxicação do filho	-	3.57	1.76
Gravidade Percebida (a)	1	.Gravidade da Intoxicação no filho	-	6.68	.70
Ameaça Percebida (a)	1	.Frequência com que pensa na possibilidade de intoxicação no filho	-	4.67	1.86
Benefícios Percebidos (b)	4	.Evita que o filho os tome	.7279	6.74	.74
		.Fica mais descansada quando o filho brinca longe		6.33	1.42
		.Sente maior segurança mesmo quando junto do filho		6.32	1.41
		.Dá maior liberdade ao filho para brincar		6.34	1.32
Barreiras Percebidas(b)	4	.Complica as tarefas domésticas	.7270	2.82	2.10
		.Faz perder tempo		2.20	1.85
		.Dificulta a utilização dos produtos, diariamente		2.68	1.97
		.Os fechos de segurança são caros		3.08	1.80

(a) escala de 7 pontos: 1 = Nada / Nunca a 7 = Muitíssimo

(b) escala de 7 pontos: 1 = Discordo Totalmente a 7 = Concordo Totalmente

Os dados relativos aos 186 sujeitos da amostra (tabela 1) revelam que ao nível da percepção de risco, é o índice da gravidade percebida o que apresenta maior média ($\bar{X}=6.68$) e menor dispersão ($s=.70$). Seguindo-se a ameaça percebida e por último com a média mais baixa ($\bar{X}=3.57$), inferior ao ponto médio da escala (4), surge a susceptibilidade percebida.

Em relação aos benefícios percebidos (vantagens) todos os indicadores apresentam médias bastante elevadas e semelhantes, próximas do ponto máximo da escala, embora a vantagem mais valorizada pelas mães face à adopção do comportamento preventivo seja "evitar a intoxicação no seu filho" ($\bar{X}=6.74$) sendo de realçar que 83.9% das mães estão totalmente de acordo. A média global do índice é de 6.43. O seu alfa de Cronbach (.73) mostra-se satisfatório.

Quanto às barreiras percebidas (desvantagens ou custos) face ao desempenho do comportamento são de realçar os baixos valores das médias de todos os indicadores, sendo inferiores ao ponto médio da escala. A desvantagem que apresenta a média mais elevada é "comprar fechos de segurança para os armários é caro". A média global do índice é de 2.70. O seu alfa de Cronbach (.73) tal como o anterior é satisfatório.

Relativamente a outras variáveis internas ao modelo, há a referir a experiência directa com o acidente, em que 20.1% das mães experienciaram o acidente doméstico nos seus filhos; e a experiência indirecta com o acidente, onde 19.3% das mães revelam conhecer crianças nos seus familiares, amigos ou vizinhos que sofreram intoxicações com produtos domésticos.

A variável estatuto social dos pais foi construída a partir de quatro indicadores: Estudos da mãe, profissão da mãe, estudos do pai e profissão do pai, por ter um alfa de Cronbach (.89) muito satisfatório.

Embora não seja nosso objectivo obter resultados generalizáveis sobre a intenção das

mães de vir a colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança (ou fora do alcance das crianças), interessa realçar qual o seu posicionamento relativamente a esta variável. Da amostra total (186 sujeitos), considerámos apenas 140 sujeitos por terem sido os que ainda não puseram em prática o comportamento preventivo, aliás como o fizemos em toda a análise seguinte.

Tabela 2 - Distribuição das respostas e percentagens relativas à Intenção Comportamental

	1	2	3	4	5	6	7
Intenção	0	4	4	10	5	33	84
	-	(2.9%)	(2.9%)	(7.1%)	(3.6%)	(23.6%)	(60%)

Como se pode verificar pela Tabela 2 as mães revelam uma forte intenção de vir a adoptar o comportamento preventivo (83.6%).

Recordando a hipótese relativa a este modelo, considera-se que a intenção das mães de vir a adoptar comportamentos de prevenção será tanto maior quanto maior for a percepção de benefícios, maior for a ameaça percebida e menor for a percepção de barreiras.

Para a avaliação desta hipótese começou-se por analisar as correlações da intenção com as variáveis consideradas independentes neste modelo.

Como se pode verificar pela Tabela 3 a hipótese recebeu uma confirmação parcial. A intenção surge positivamente correlacionada com os benefícios percebidos e com a ameaça percebida e inversamente correlacionada com as barreiras percebidas, o que está de acordo com as nossas previsões. Mas a correlação mais elevada verifica-se com os benefícios ($r=.60$), ficando as outras variáveis a um nível de correlação modesto.

Tabela 3 - Correlações e regressão múltipla (stepwise); Variável dependente: Intenção de adoptar o comportamento de prevenção

Variáveis	r	Beta	T	Sig T
Ameaça Percebida	.29**	.170	2.4	0.017
Benefícios Percebidos	.598***	.559	7.88	0.000
Barreiras Percebidas	-.218**	-.127	-1.83	0.069

*** p < 0.000

** p < 0.01

R²ajust.=0.368

F(2,128)=27.49

Sign.F=0.000

Os resultados tornam-se mais claros, pela regressão múltipla (Tabela 3), revelando-se como verdadeiramente significativas as variáveis benefícios, seguida da ameaça, que no seu conjunto explicam 37% da variância da intenção, explicação dada fundamentalmente pela percepção dos benefícios. O que não está totalmente de acordo com os resultados da maioria dos estudos relativos à compreensão dos comportamentos de saúde preventivos, em que o principal preditor são as barreiras percebidas, habitualmente seguido da susceptibilidade, só depois dos benefícios e por fim da gravidade percebida (Janz & Becker, 1984).

Pela importante contribuição desta variável na predição da intenção, houve necessidade de clarificar quais os benefícios percebidos pelas mães, que mais contribuem para a sua intenção de adoptar o comportamento preventivo. Pela análise de regressão múltipla (stepwise), constata-se que são três as vantagens verdadeiramente significativas, explicando 36% da variância da intenção. Em primeiro lugar, o facto da mãe sentir maior segurança em relação ao filho mesmo quando está junto dele ($\beta=.36$, $p<0.000$), seguida da possibilidade do filho poder brincar com maior liberdade ($\beta=.26$, $p<0.002$), e por último o facto de evitar a intoxicação no filho ($\beta=.15$, $p<0.04$).

Procedeu-se também ao estudo da variável ameaça percebida, pois tal como o modelo

prevê sofre a influência de outras, comportando-se como variável dependente relativamente às mesmas.

Tabela 4 - Correlações e regressão múltipla (Stepwise); Variável dependente: Ameaça percebida

Variáveis	r	Beta	T	Sig T
Susceptibilidade Percebida	.41***	.393	5.3	0.000
Gravidade Percebida	.236**	.139	1.77	0.07
Experiência directa com acidente	.141	.078	1.00	0.31
Experiência Indirecta com Acidente	.234**	.251	3.21	0.01
Estatuto Social	-.165	-.090	-1.12	0.26

*** p < 0.000

** p < 0.01

R²ajust.=0.204

F(2,128)=17.67

Sign.F=0.000

Como se verifica na Tabela 4, a ameaça percebida surge positivamente correlacionada com a susceptibilidade, gravidade e experiência indirecta com o acidente, embora a correlação seja baixa com as duas últimas. Verifica-se pela análise de regressão múltipla (stepwise) que apenas a experiência indirecta com o acidente e sobretudo a susceptibilidade percebida, contribuem significativamente para a explicação da variância (20%) da ameaça percebida pelas mães, face ao risco de intoxicação nos seus filhos.

No que se refere à variável estatuto dos pais (variável independente no modelo), como se pode ver na Figura 4, correlaciona-se negativamente com todas as variáveis com as quais se relaciona. Contudo, só as variáveis susceptibilidade e gravidade percebida se correlacionam significativamente com a mesma, sendo a última mais fraca que a primeira.

Pela regressão múltipla (stepwise), só a susceptibilidade percebida se mostra como verdadeiramente significativa ($\beta = -.23$, $p < 0.01$). Assim, parece poder dizer-se que quanto mais elevado é o estatuto social dos pais, menor a susceptibilidade percebida pelas mães relativamente à intoxicação doméstica não intencional nos filhos.

O conjunto de resultados (Figura 4) permite-nos algumas conclusões relativamente à aplicação deste modelo ao estudo da prevenção da intoxicação doméstica na criança. O nível de explicação da intenção pode ser considerado razoável ($R^2_{\text{ajust.}} = .37$), dado fundamentalmente pela percepção dos benefícios e bastante menos pela ameaça percebida, não tendo a percepção de barreiras uma influência significativa (Figura 4). É relevante o facto da ameaça estar sobretudo associada à susceptibilidade percebida, com alguma contribuição da experiência indirecta com o acidente, o mesmo não poderá ser dito em relação à gravidade percebida e experiência directa com o acidente, que não são variáveis significativas.

Assim, parece poder dizer-se que quanto maior for a percepção das mães acerca da vulnerabilidade dos filhos à intoxicação por produtos de uso doméstico, maior é a sua percepção de ameaça à intoxicação, o que aumentará a probabilidade de colocar tais produtos fora do seu alcance. Probabilidade essa, que será fortemente aumentada e determinada pelas vantagens que as mães acreditam vir a ter com o desempenho de tal comportamento preventivo. Ou seja, sentirem maior segurança relativamente ao filho, mesmo quando estão próximas dele; poderem dar maior liberdade ao filho para brincar; e evitarem a intoxicação.

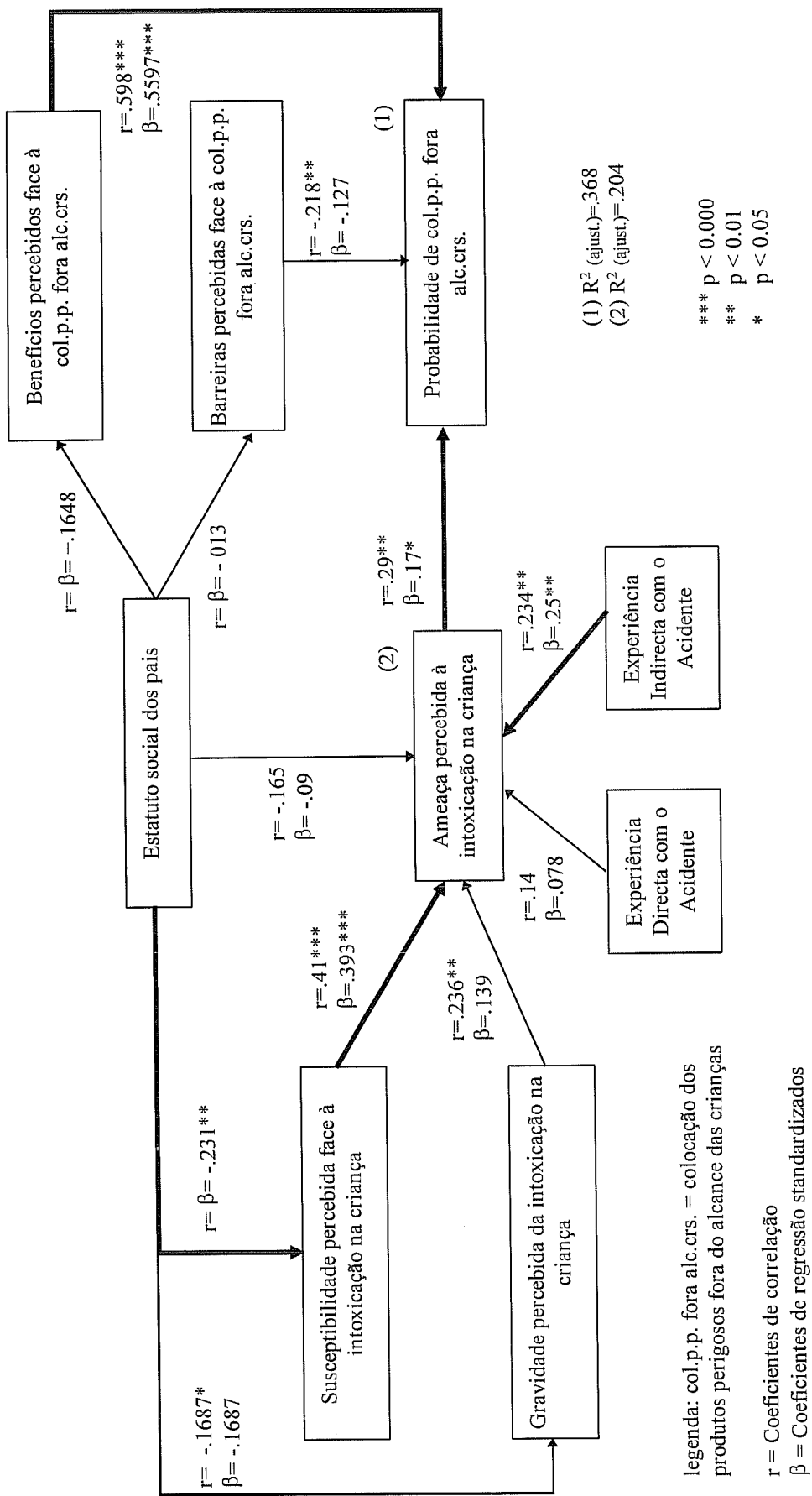


Figura.4 - O MODELO DAS CRENÇAS DE SAÚDE: Aplicação ao estudo da prevenção das intoxicações domésticas na criança

Quanto às variáveis consideradas como estímulos para despoletar a acção, designadas pelos autores "cues to action", verificamos com algum interesse, que não é o facto das mães terem tido experiência prévia com algum tipo de acidente doméstico nos seus filhos que aumenta a sua percepção da ameaça, mas sim o conhecimento de situações de intoxicação em crianças dos seus familiares, amigos ou vizinhos. Provavelmente, por se tratar do mesmo tipo de acidente ao que fazemos apelo no questionário, pois no que se refere à experiência directa com o acidente doméstico nos filhos, foram apenas cinco os casos de intoxicação. Ou ainda por as mães considerarem como menos graves os acidentes ocorridos nos seus filhos, quando comparados com os que aconteceram a outras crianças, habitualmente relatados como situações dramáticas.

Segundo Lichtenstein et al. (1978), as pessoas tendem a sobrestimar o que é raro, como os acontecimentos graves e a subestimar aquilo que é comum, habitualmente o menos grave, argumentando, que os indivíduos podem basear as suas avaliações do risco na informação disponível, mais do que na informação exacta. Então os acontecimentos raros que são mais dignos de notícia, são julgados pelos leigos, como sendo de maior risco, quando comparados com acontecimentos comuns bastante menos noticiados.

No respeitante à variável estatuto social dos pais sobressai o facto de não influenciar significativamente as percepções das mães (percepção dos benefícios, das barreiras e da ameaça), com excepção da sua associação inversa com a susceptibilidade percebida.

Várias questões se levantam. A suposição de que quanto maior o estatuto social dos pais, menor a susceptibilidade percebida pelas mães relativamente à intoxicação na criança, conduz-nos a citar Lima (1993), quando se refere às estratégias de negação das situações de risco adoptadas pelos indivíduos: "os indivíduos têm dificuldade em aceitar que vivem em ambientes de risco, e tendem a procurar cognitivamente estabilizá-lo, normalizá-lo e dar-lhe sentido" (p.61).

A autora aponta alguns exemplos deste fenómeno, entre os quais o sentimento de imunidade pessoal. Em relação a este sentimento ou crença na invulnerabilidade pessoal

face ao risco (Lima, 1993), está descrito na literatura um efeito que ilustra a diferenciação positiva de outros e tem sido aplicado com êxito ao caso da prevenção de acidentes: referimo-nos ao "enviesamento otimista" (optimism bias), designação de Weinstein (1981). Este efeito refere-se à tendência que as pessoas têm de se considerar menos vulneráveis que os outros em relação a vários riscos. Relembramos a frase de uma das mães em situação de pré-teste "... isto acontece muito em bairros degradados...não têm condições..." O que pode dissuadir os indivíduos de aderirem a comportamentos de prevenção (Adler et al., 1992).

Uma outra tentativa de explicação surge, quando pensamos no sentido inverso, ou seja que quanto menor o estatuto social dos pais, maior a susceptibilidade percebida pelas mães. As pessoas que vivem em famílias com menos condições, nomeadamente com baixo rendimento, onde provavelmente os acidentes lhes são mais familiares, podem necessitar de compensar os riscos "endémicos" nos seus meios, sendo mais conscientes dos riscos nas suas crianças (Glik et al., 1991).

2. ESTUDO DAS HIPÓTESES RELATIVAS À TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEADO (TCP)

Seguindo o percurso anterior, inicia-se com a descrição dos resultados, passando posteriormente à sua análise.

Tabela 5 - Médias, Desvios - padrão e Alfa de Cronbach dos Índices da TCP
(n = 186 sujeitos)

ÍNDICES	Nº de ITENS	INDICADORES	ALFA de CRONBACH	\bar{X} GLOBAL DOS ÍNDICES	S
Crenças Comportamentais (.Vantagens do comportamento de prevenção)	4	1.Evita que o filho os tome 2. Fica mais descansada quando o filho brinca longe 3.Sente maior segurança mesmo quando junto do filho 4.Dá maior liberdade ao filho para brincar	.7279	6.43	.93
(.Desvantagens do comportamento de prevenção)	4	5. Complica as tarefas domésticas 6. Faz perder tempo 7.Dificulta a utilização dos produtos, diariamente 8. Os fechos de segurança são caros	.7270	2.70	1.43
Avaliação dos Resultados do Comportamento (.Importância das Vantagens)	4	.idênticos aos itens 1,2,3 e 4	.3160	6.67	.51
(.Importância das Desvantagens)	4	.idênticos aos itens 5,6,7 e 8	.7598	3.70	1.53
Crenças Normativas	5	Referentes: 1.pai do seu filho 2.própria mãe 3.sua melhor amiga 4.educadora do filho 5.médico do filho	.9191	6.64	.71
Motivação para seguir o Referente	5	.importância da opinião dos referentes 1,2,3,4 e 5	.7686	6.30	.69
Atitude face ao Comportamento	1	.opinião da mãe sobre o comportamento	-	6.48	.98
Norma Subjectiva face ao Comportamento	1	.opinião da mãe sobre o que pensa a maioria das pessoas	-	6.64	.79
Controlo comportamental percebido	2	.dificuldade/facilidade .não ter capacidade/ter capacidade	.8508	5.87	1.52

Escala de 7 pontos: 1 = Nada / Não Importante / Não Devia a 7 = MUITÍSSIMO / MUITÍSSIMO Importante / Devia.

Os resultados apresentados na tabela 5, respeitantes aos 186 sujeitos da amostra, revelam médias globais na maior parte dos índices bastante elevados (entre 5.87-6.67), à excepção de dois deles, crenças acerca das desvantagens do comportamento de prevenção ($\bar{X}=2.70$) e avaliação (grau de importância) dessas mesmas desvantagens ($\bar{X}=3.70$).

Assim, nas crenças comportamentais e avaliação dos resultados do comportamento, variáveis que influenciam a atitude, destacam-se fortemente as respeitantes às vantagens ($\bar{X}=6.43$) sobre as relativas às desvantagens do comportamento ($\bar{X}=2.70$). Das variáveis com influência directa na intenção comportamental, sobrepõe-se a norma subjectiva ($\bar{X}=6.64$), seguida da atitude e por último do controlo comportamental percebido ($\bar{X}=5.87$). A maioria dos índices tem um bom ou muito bom nível de consistência interna, com excepção da avaliação das vantagens do comportamento, cujo alfa de Cronbach é modesto (.32).

De acordo com a operacionalização e medida das variáveis da T.C.P, em que o autor propõe fórmulas multiplicativas entre algumas delas, surge a necessidade da descrição dos seus resultados de forma mais detalhada. Da amostra total (n=186 sujeitos), passam-se agora a considerar apenas 140 dos sujeitos, pelas razões já anteriormente referidas.

São de salientar as diferenças observadas nos resultados entre o produto das crenças comportamentais x avaliação dessas mesmas crenças e o resultado de cada uma per si (Tabela 6). O que significa que há diferenças entre os resultados positivos e negativos, que as mães acreditam poder obter com a adopção do comportamento preventivo, e o próprio valor que lhe atribuem.

Tabela 6 - Médias dos Indicadores do produto Crenças Comportamentais x Avaliação

INDICADORES	CRENÇAS COMPORTAMENTAIS		IMPORTÂNCIA DAS CRENÇAS		CRENÇAS X IMPORTÂNCIA DAS CRENÇAS	
	\bar{X}	Nº DE ORDEM	\bar{X}	Nº DE ORDEM	\bar{X}	Nº DE ORDEM
Evita que o filho os tome	6.72	1º	6.89	1º	46.31	1º
Sente maior segurança mesmo quando junto do filho	6.22	4º	6.83	2º	42.63	2º
Filho pode brincar mais livremente	6.28	3º	6.63	3º	41.94	3º
Fica mais descansada mesmo quando o filho brinca longe	6.34	2º	6.22	4º	39.90	4º
Complica as tarefas domésticas	2.89	6º	4.38	5º	13.10	5º
Torna difícil utilizar os produtos diariamente	2.80	7º	3.89	6º	11.87	6º
Fechos segurança são caros	3.00	5º	2.79	8º	10.06	7º
Faz perder tempo	2.21	8º	3.75	7º	9.09	8º

(n=140 sujeitos)

Mínimo = 1
Médio = 16
Máximo = 49

À exceção do indicador "evitar que o filho os tome", em que a ordem de resultados se mantém, ocupando o primeiro lugar, nos restantes parece ser a importância atribuída que mais contribui para os resultados finais do produto.

Também as diferenças encontradas entre o produto das crenças normativas x motivação para a conformidade com a opinião dos referentes, e o resultado de cada uma das parcelas do produto, são dignas de comentar (Tabela 7).

Tabela 7 - Médias dos Indicadores do produto Crenças Normativas x Motivação

INDICADORES	CRENÇAS NORMATIVAS		IMPORTÂNCIA DAS CRENÇAS		CRENÇAS X MOTIVAÇÃO	
	\bar{X}	Nº DE ORDEM	\bar{X}	Nº DE ORDEM	\bar{X}	Nº DE ORDEM
O pai do seu filho	6.54	3º	6.71	1º	44.07	1º
O médico do filho	6.57	2º	6.57	2º	43.49	2º
A educadora ou outros que tomam conta do filho	6.59	1º	6.28	3º	41.72	3º
A sua própria mãe	6.54	3º	6.09	4º	40.29	4º
A sua melhor amiga	6.48	4º	5.53	5º	36.33	5º

(n=140 sujeitos)

Mínimo = 1
Médio = 16
Máximo = 49

Como se observa na Tabela 7, existe consistência nas respostas das mães relativamente ao médico do filho, cujos resultados ocupam o segundo lugar. No que respeita a outras pessoas importantes para a mãe, sobre o que pensam acerca do seu desempenho do comportamento preventivo, a média mais elevada pertence à educadora ($\bar{X}=6.59$), seguida do médico, e só depois do pai da criança e da sua própria mãe. Quanto à motivação para seguir a opinião destes referentes, é o pai da criança que obtém uma média mais elevada ($\bar{X}=6.71$), o que lhe confere o primeiro lugar no resultado final. Realça-se a importância atribuída pelas mães à opinião dos técnicos (médico e educadora do seu filho).

De acordo com a Teoria do Comportamento Planeado são as crenças comportamentais x a avaliação dos resultados que influenciam directamente a atitude face ao comportamento, enquanto a norma subjectiva relativa ao comportamento é uma função directa das crenças normativas x a motivação para a conformidade com indivíduos ou grupos específicos.

Relativamente à influência das crenças comportamentais x avaliações sobre a atitude (Figura 5), verifica-se uma correlação baixa ($r=.206$, $p<0.05$). Analisando separadamente o produto das crenças x avaliações relativos às vantagens e às desvantagens, deparamo-nos com uma diferença contrastante. Enquanto as primeiras se relacionam positiva e significativamente com a atitude ($r=.424$, $p<0.000$), as segundas têm com esta uma associação negativa muito baixa ($r=-.118$) e não significativa. Deste modo, parecem ser as crenças das mães acerca das vantagens que podem advir da colocação dos produtos domésticos fora do alcance das crianças, que influenciam a sua atitude face a tal comportamento, não havendo influência das crenças relativas às desvantagens.

Uma análise mais detalhada, recorrendo a uma regressão múltipla (stepwise), posteriormente à determinação dos coeficientes de correlação, permitiu concluir que entre os quatro aspectos considerados como vantagens, dois deles são verdadeiramente significativos na atitude das mães face ao comportamento de prevenção. O mais valorizado pelas mães é o facto do filho poder ter maior liberdade para brincar ($\beta=.32$, $p<0.001$); e poderem sentir maior segurança em relação ao filho, mesmo quando estão junto dele ($\beta=.21$, $p<0.03$). Resultados com bastante interesse no planeamento de futuras intervenções educacionais junto dos pais, no âmbito da prevenção do acidente doméstico na criança.

Ao analisar a influência das crenças normativas x motivações na norma subjectiva relativa ao comportamento, constata-se uma elevada correlação positiva ($r=.726$, $p<0.000$) entre as variáveis (Figura 5), ou seja a norma subjectiva será tanto mais na direcção do comportamento de prevenção, quanto maior a influência dos referentes das mães relativa ao desempenho de tal comportamento.

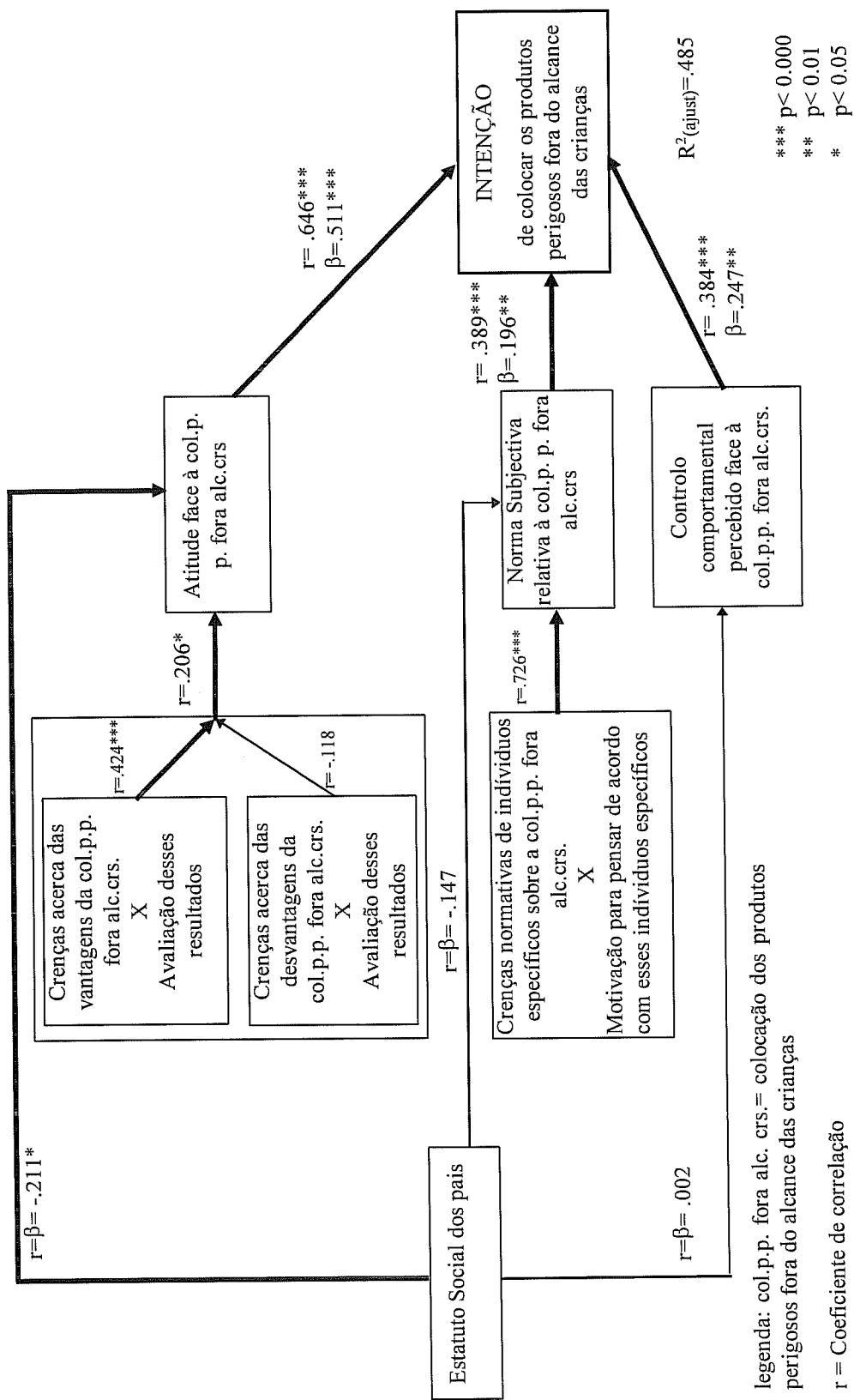


Figura.5 - O MODELO DO COMPORTAMENTO PLANEADO: Aplicação ao estudo da prevenção das intoxicações domésticas na criança

Com o intuito de conhecermos quais dos cinco referentes anteriormente indicados (Tabela 7) são mais relevantes para as mães, começamos por analisar as correlações da norma-subjectiva com os diferentes indivíduos de referência considerados. Como todas as correlações eram bastante significativas e de bom nível, desde “a educadora do filho” ($r=.69$, $p<0.000$), “ao pai da criança” onde se obteve a correlação mais baixa ($r=.56$, $p<0.000$), procedeu-se a uma análise de regressão múltipla (stepwise). Revelam-se então claramente significativos, primeiro “o médico do filho” ($\beta=.39$, $p<0.000$), seguido de “a educadora do filho” ($\beta=.30$, $p<0.000$) e por último “o pai da criança” ($\beta=.25$, $p<0.001$). O conjunto destas variáveis explica 60% da variância da norma subjectiva.

Sendo estes, sobretudo os técnicos de saúde e educação que maior influência exercem sobre as mães, há que os considerar como elementos chave ao nível da intervenção junto das mães, no âmbito da prevenção dos acidentes domésticos na criança, resultados semelhantes aos de Eichelberger et al. (1990), no seu estudo anteriormente referido. Será também importante não esquecer as educadoras como possíveis “alvos” de intervenção por parte de outros técnicos, caso a carência de formação nesta área o justifique.

Apesar de Ajzen & Fishbein (1980) e Ajzen & Madden (1986) considerarem as variáveis socio-demográficas como externas ao modelo, procurámos analisar a influência do estatuto social dos pais nas três variáveis que intervêm directamente na intenção comportamental: a atitude, a norma subjectiva e o controlo comportamental percebido (Tabela 8).

Como se verifica pela Tabela 8, apenas a atitude apresenta uma correlação significativa com o estatuto social dos pais. É de notar, que é uma correlação negativa, o que pode significar que quanto mais elevado for o estatuto social dos pais, menos favorável será a atitude das mães em relação ao comportamento preventivo a adoptar.

Tabela 8 - Intercorrelações entre o Estatuto Social dos Pais/Atitude/Norma Subjectiva e Controlo Comportamental Percebido

Variáveis	1	2	3	4
1. Atitude	-			
2. Norma subjectiva	.336***	-		
3. Controlo Comportamental Percebido	.244**	.081	-	
4. Estatuto Social dos Pais	-.211*	-.147	.002	-

*** p < 0.000

** p < 0.01

* p < 0.05

Procurando compreender este resultado, lembramos que o mesmo acontece com a variável susceptibilidade percebida no Modelo das Crenças de Saúde anteriormente analisado. Assim, parece-nos que a atitude menos favorável deste grupo de mães, pode de algum modo ser interpretada, por uma menor percepção que têm da susceptibilidade da criança à intoxicação doméstica. Deste modo, se sentem os seus filhos como menos vulneráveis à intoxicação por produtos domésticos, provavelmente a sua atitude será assim, menos favorável ao comportamento de prevenção.

Passando agora à hipótese que formulámos relativamente à intenção das mães de pôr em prática comportamentos de prevenção face ao risco de intoxicação na criança, de acordo com esta teoria (TCP), a sua intenção será tanto maior quanto mais favorável for a sua atitude, maior a pressão social percebida e maior o controlo comportamental percebido face a tal comportamento. Como se pode constatar através dos resultados apresentados na Tabela 9, esta hipótese foi confirmada.

Tabela 9 - Correlações e regressão múltipla (stepwise); Variável dependente: Intenção de adoptar o comportamento de prevenção

Variáveis	r	Beta	T	Sig T
1.Atitude	.646***	.511	7.52	.0000
2.Norma subjectiva	.389***	.196	2.97	.0035
3.Controlo comportamental percebido	.384***	.247	3.84	.0002

*** p < 0.000

$R^2_{ajust.} = .4851$
 $F(3, 129) = 42.47$
 $Sign.F = .0000$

Efectivamente, a intenção surge positivamente correlacionada com todas estas variáveis. A correlação mais alta verifica-se com a atitude ($r = .65$, $p < 0.000$ seguindo-se as restantes com um nível de correlação bastante inferior e idêntico entre ambas.

A análise de regressão múltipla revelou que o conjunto das variáveis explica 49% da variância da intenção ($R^2 = .496$; $R^2_{ajust.} = .485$). Verificando-se que, embora todas as variáveis contribuam para a explicação dessa variância, a maior contribuição é dada pela atitude ($\beta = .51$, $p < 0.000$), seguindo-se-lhe o controlo comportamental percebido e por último a norma subjectiva.

A aplicação desta teoria ao estudo da prevenção da intoxicação doméstica não intencional na criança, conduz-nos a algumas conclusões relevantes.

Como vimos anteriormente, há um bom nível de explicação da intenção comportamental ($R^2_{ajust.} = .49$), consideravelmente superior ao do MCS ($R^2_{ajust.} = .37$).

Verifica-se também em concordância com os autores da TCP, que qualquer dos três determinantes directos da intenção comportamental tem uma influência significativa sobre esta, cabendo neste caso à atitude o maior contributo, e à norma subjectiva o menor.

Deste modo, parece que a intenção das mães de pôr em prática o comportamento preventivo em questão (colocar os produtos de uso doméstico fora do alcance das crianças), é influenciada sobretudo pela sua atitude. Assim, a sua intenção será tanto maior, quanto mais favorável for a sua atitude face a este comportamento.

Esta é fundamentalmente determinada pelas vantagens que as mães acreditam obter com o desempenho do comportamento de prevenção e não pelas desvantagens, resultado que é semelhante ao obtido entre as variáveis benefícios e barreiras percebidas no MCS. Verifica-se de novo a valorização atribuída pelas mães, ao facto do filho poder ter maior liberdade para brincar, e poderem elas próprias sentir maior segurança em relação ao filho mesmo quando estão junto dele, embora não aconteça o mesmo relativamente ao facto de evitar a intoxicação no filho.

Esta expectativa de maior segurança para as mães parece ser bastante importante, na medida em que revela a consciência das mães acerca da possibilidade de ocorrência do acidente na criança, mesmo quando estão presentes. Cordeiro (1991) reforça exactamente este risco, ao referir que a maioria das intoxicações acontecem em casa, frequentemente na presença do adulto. O adulto está presente fisicamente mas ausente, na medida em que está muitas vezes distraído e ocupado, como é o caso das mães com as tarefas da vida doméstica. Assim, a sua presença não dispensa a adopção de comportamentos de prevenção, como afirma Wortel & Geus (1993), os pais têm que tomar medidas de segurança sempre que possível, porque educar e vigiar têm algumas deficiências notórias.

A atitude é também a única variável influenciada pelo estatuto social dos pais, resultado já anteriormente comentado.

Uma outra variável com influência directa na intenção das mães é o controlo comportamental percebido, embora a sua contribuição seja mais modesta. Também quanto maior a competência percebida pelas mães relativamente ao desempenho do comportamento de prevenção, maior a sua intenção de o adoptar.

É de realçar que para 83,8% das mães os fechos de segurança para os armários não são desconhecidos, 74,1% sabem onde os podem adquirir e 88,7% consideram que são de fácil aquisição. Associado ao facto de 67,4% das mães considerarem que são de fácil colocação e 76,8% sentirem capacidade para o fazer. O seu conhecimento e competência percebida, parecem assim, ser bastante favoráveis ao desempenho do comportamento, levando-nos a supor que é um comportamento sem grandes dificuldades de implementar.

Quanto à pressão social percebida, traduzida na norma subjectiva, os resultados revelam uma fraca contribuição para a formação da intenção das mães de pôr em prática o comportamento de prevenção, apesar da forte relação verificada entre a norma e as crenças normativas x a motivação, com especial relevância de dois dos referentes utilizados - o médico e a educadora, e por último o pai da criança. Não podemos esquecer que os sujeitos deste estudo são mulheres, e são elas que na grande maioria dos casos, assumem a tutela do lar e ainda um papel dominante na protecção e educação dos seus filhos.

Estas condições associadas sugerem que, provavelmente, para além da pouca influência no comportamento das mães, da opinião da maioria das pessoas importantes para elas (norma subjectiva), ao analisar os resultados relativos aos referentes utilizados na avaliação das crenças normativas (influenciam directamente a norma), constata-se que o pai da criança ocupa o terceiro lugar, entre os referentes significativos. O médico e a educadora da criança são os que maior influência exercem na mãe em termos da possível adopção do comportamento preventivo.

Este resultado pode sugerir que é junto destes que a mãe procura apoio em questões de educação e saúde da criança. Como afirma Eichelberger et al. (1990) "...parents look to their children's physicians as authoritative sources of information on child safety" (p.720), sendo a mãe a principal responsável por assegurar a saúde dos seus filhos (Houtrouw et al., 1993), e quem tem frequentemente o maior impacto no comportamento de saúde da família (Wortel & Geus, 1993).

3. ESTUDO DAS HIPÓTESES RELATIVAS ÀS VARIÁVEIS EXTERNAS AOS DOIS MODELOS

Considerou-se apenas uma variável externa aos dois modelos já discutidos, designada por responsabilidade percebida. Refere-se à percepção das mães acerca da sua responsabilidade por assegurar um ambiente seguro em casa, sendo um determinante directo da intenção das mães de adoptar o comportamento de prevenção.

Esta variável surge na sequência do estudo de Peterson et al. (1990), em que os autores se debruçam sobre crenças, atitudes e comportamentos parentais (sobretudo nas mães), relativos à prevenção dos acidentes na criança, considerando as crenças dos pais acerca da sua própria responsabilidade na prevenção dos acidentes, como um dos hipotéticos factores influentes nas intervenções parentais, no que respeita a medidas de prevenção tanto ao nível do ambiente, como da educação para a segurança.

De acordo com a hipótese formulada, supõe-se que a intenção das mães de colocar os produtos perigosos fora do alcance da criança será tanto maior, quanto maior for a percepção da sua responsabilidade face à segurança doméstica.

Verifica-se que as mães se sentem bastante responsáveis pela segurança ao nível do ambiente doméstico, pela elevada percentagem de respostas (98.2%) situada nos dois últimos pontos da escala [1 a 7, nada responsável/muitíssimo responsável], sendo a média igual a 6.76 (mínimo=4 e máximo=7), com um desvio padrão de .49.

A hipótese confirma-se tanto pela correlação como pela análise de regressão múltipla. Efectivamente, a intenção surge positivamente correlacionada com a responsabilidade percebida, sendo significativa ($r=\beta=.363$, $p<0.000$), explicando 13% da variância da intenção comportamental ($R^2_{ajust.}=.126$).

Parece poder dizer-se, que a responsabilidade percebida pelas mães relativamente à

segurança em casa, tem uma influência significativa na sua intenção de pôr em prática comportamentos de prevenção. Assim, a sua intenção comportamental será reforçada pela sua percepção da responsabilidade.

4. A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE ANÁLISE DA PREVENÇÃO DA INTOXICAÇÃO DOMÉSTICA NÃO INTENCIONAL NA CRIANÇA

Um dos objectivos deste trabalho é tentar construir um modelo preditivo do comportamento de prevenção das intoxicações com base nas variáveis teoricamente definidas nos vários modelos, de forma a fornecer pistas para futuras intervenções, assim como contribuir para o desenvolvimento da investigação nesta área.

Iremos seguir um percurso semelhante ao utilizado por Ronis & Kaiser (1989), na pesquisa que efectuaram sobre a realização do auto-exame da mama em estudantes do sexo feminino, em que um dos seus objectivos era desenvolver um modelo teórico adaptado ao estudo deste tipo de comportamento. Tal como no nosso trabalho utilizaram fundamentalmente as variáveis do MCS e da TCP, em associação com outras consideradas relevantes em algumas pesquisas sobre o comportamento em questão.

No sentido de dar resposta ao objectivo anteriormente mencionado, todas as variáveis analisadas nos modelos anteriores, foram integradas num novo modelo, procedendo-se ao estudo da sua influência na intenção comportamental das mães, que se mantém como variável dependente.

Assim, são considerados determinantes directos da intenção de colocar os produtos perigosos fora do alcance das crianças as seguintes variáveis:

- A atitude face a esse comportamento de prevenção;
- A norma subjectiva relativa ao mesmo;
- O controlo comportamental percebido face a tal comportamento;
(variáveis extraídas da TCP)
- Os benefícios percebidos face ao comportamento;

- As barreiras percebidas face ao mesmo;
- A ameaça percebida face à intoxicação na criança;
(variáveis do MCS)
- A responsabilidade percebida relativa à segurança doméstica;
(variável semelhante à utilizada no estudo realizado por Peterson, Farmer & Kashani, 1990, no âmbito dos comportamentos dos pais na prevenção dos acidentes nas crianças).

Consideram-se variáveis indirectamente determinantes da intenção comportamental das mães, as seguintes:

- As crenças normativas de indivíduos específicos sobre a colocação de produtos perigosos fora do alcance das crianças x a motivação para pensar de acordo com estes indivíduos;
(variável extraída da TCP)
- A susceptibilidade percebida face à intoxicação na criança;
- A gravidade percebida da intoxicação na criança;
- A experiência directa das mães com o acidente doméstico na criança;
- A experiência indirecta das mães com a intoxicação na criança por produtos de uso doméstico;
(variáveis do MCS)
- O estatuto social dos pais.

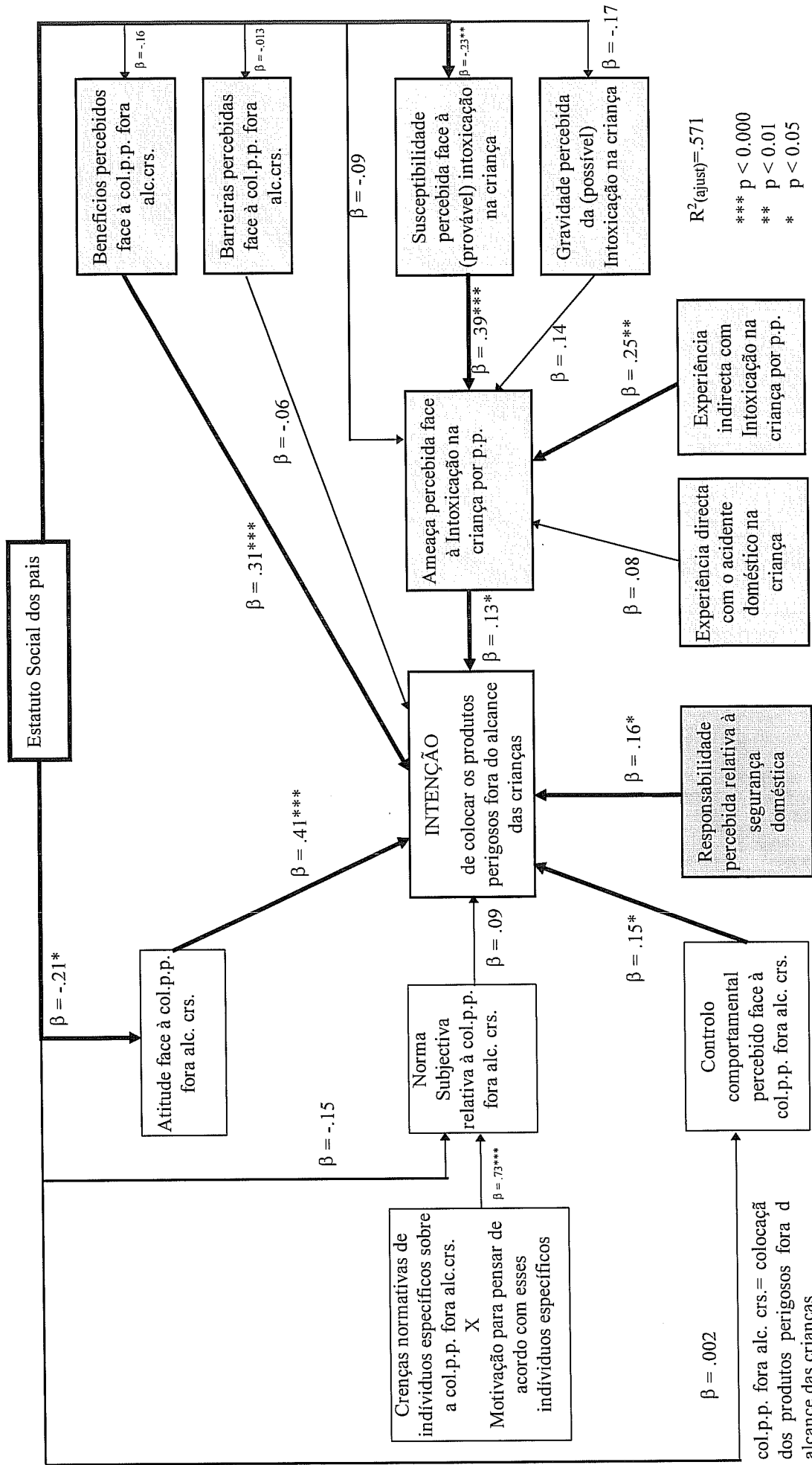
Isto só foi possível, uma vez que os dois modelos teóricos referem como preditores dos comportamentos, variáveis de âmbito muito diferente, como o caso da norma subjectiva e do controlo comportamental percebido na TCP, que não têm correspondentes no MCS. Também as variáveis relativas às percepções de risco no MCS, não têm qualquer paralelo na TCP.

A única zona de intercepção entre os dois modelos , prende-se com o que no MCS é designado por benefícios e barreiras percebidas face ao comportamento, e que pode ser visto como muito semelhante às crenças comportamentais (um dos determinantes da atitude da TCP). De facto na própria operacionalização que fizemos destes conceitos, tivemos dificuldade na sua diferenciação, pelo que aparecem concretizados através dos mesmos indicadores, como por exemplo “*colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança, evita que o meu filho os tome*”.

Deste modo, na selecção das variáveis que integram este modelo (Figura 6), excluímos as crenças comportamentais e incluímos os benefícios e barreiras percebidas.

Na mesma linha de pensamento, supomos que a intenção das mães de adoptar o comportamento preventivo, será tanto maior quanto maior for o valor atribuído a cada uma das variáveis independentes (atitude, norma subjectiva, controlo comportamental, responsabilidade, ameaça e benefícios), e menor for o valor da variável independente barreiras percebidas, todas elas com efeito directo na intenção .

Uma vez que já são conhecidas as correlações de cada uma das variáveis com a intenção comportamental, procedeu-se a uma análise de regressão múltipla (Tabela 10).



β = Coeficientes de regressão standardizados

Figura 6 - Modelo de análise da prevenção das intoxicações domésticas na criança

Tabela 10 - Análise de regressão múltipla (stepwise); Variável dependente: Intenção de adoptar o comportamento preventivo

Variáveis	Beta	T	Sig T
Atitude	.409	6.2	0.000
Controlo Comportamental Percebido	.151	2.41	0.017
Norma Subjectiva	.091	1.4	0.16
Benefícios Percebidos	.314	4.67	0.000
Ameaça Percebida	.128	2.14	0.033
Barreiras Percebidas	-.062	-.94	0.347
Responsabilidade Percebida	.157	2.58	0.011

$$R^2_{\text{ajust.}}=0.571$$

$$F(5,119)=34.12$$

$$\text{Sign.F}=0.000$$

Como se pode ver pela Tabela 10 e Figura 6, a maior parte das variáveis, (com excepção da norma subjectiva e das barreiras percebidas) contribuem para a explicação da variância da intenção comportamental. No seu conjunto explicam 57% dessa variância, no entanto são de salientar os contributos das variáveis atitude face ao comportamento ($\beta=.41$, $p < 0,000$), seguindo-se lhe os benefícios percebidos ($\beta=.31$, $p < 0,000$).

Como se constata cada uma das variáveis com maior influência na intenção, pertence a modelos teóricos diferentes. A atitude diz respeito à TCP e os benefícios ao MCS.

Aliás, se tivermos em conta os modelos teóricos de base na construção do actual modelo, verificamos que todos eles dão algum contributo na explicação da intenção.

Assim, na TCP, para além da atitude, há alguma influência do controlo comportamental percebido, embora bastante mais modesta ($\beta=.15$, $p < 0,02$). No MCS segue-se aos benefícios percebidos, a ameaça percebida, sendo a variável menos significativa da equação ($\beta=.13$, $p < 0,04$).

Quanto à variável externa aos dois modelos, a responsabilidade percebida, tem também uma influência relativa ($\beta=.16$, $p<0,02$) ocupando o terceiro lugar, por ordem de importância relativamente à influência exercida sobre a intenção.

Assim, pode dizer-se que este modelo aumentou significativamente a variância explicada relativamente aos dois modelos analisados anteriormente.

As variáveis que mais parecem contribuir para esta explicação são as atitudes e a percepção dos benefícios face ao comportamento de prevenção.

Deste modo, poderá supor-se que a intenção das mães de colocar os produtos perigosos fora do alcance das crianças, será tanto maior quanto mais favorável for a sua atitude face a este comportamento e quanto mais as mães acreditarem nas vantagens que poderão vir a obter com a sua adopção, e ainda de forma menos significativa, quanto maior for a sua percepção de responsabilidade pela segurança em casa, assim como quanto maior for a competência percebida para o desempenho do comportamento de prevenção, e por último quanto maior a sua percepção do risco da criança à intoxicação doméstica. Apesar da susceptibilidade percebida ter uma boa relação com a ameaça percebida, esta variável tem uma fraca influência na intenção das mães.

As hipotéticas conclusões a que chegamos com a análise destes dados, são no nosso entender, de alguma forma relevantes, enquanto pistas para o planeamento de intervenções dirigidas aos pais, na área da prevenção das intoxicações domésticas não intencionais na criança.

Do conjunto dos resultados obtidos (Figura 7), é de realçar o facto da inclusão de variáveis dos dois modelos teóricos testados, assim como da variável externa considerada.

Para além das variáveis significativas com efeito directo na intenção já citadas, são também de salientar as variáveis cuja influência apesar de ser indirecta é também de algum modo significativa. É o caso da susceptibilidade percebida e da experiência indirecta com a intoxicação na criança por produtos de uso doméstico, embora a última tenha uma influência inferior à primeira. Mas apesar destas variáveis terem uma influência significativa com a ameaça percebida, esta tem por sua vez uma fraca relação com a intenção.

Também o estatuto social dos pais revela uma associação, mas no sentido inverso, com a susceptibilidade percebida e com a atitude face ao comportamento. Ou seja, quanto mais elevado o estatuto social dos pais, provavelmente menor será a percepção das mães sobre a susceptibilidade dos filhos à intoxicação doméstica, e menos favorável será a sua atitude face ao comportamento de prevenção. O que parece sugerir que uma variável pode de alguma forma influenciar a outra, em termos dos grupos sociais de pertença. Suponhamos que, se as mães de elevado estatuto social consideram que os seus filhos são pouco vulneráveis à intoxicação por produtos domésticos, então a sua atitude poderá ser menos favorável à colocação destes produtos fora do seu alcance, uma vez que a sua percepção de risco à situação é menor. O contrário terá igual probabilidade de acontecer, para as mães de estatuto social mais baixo.

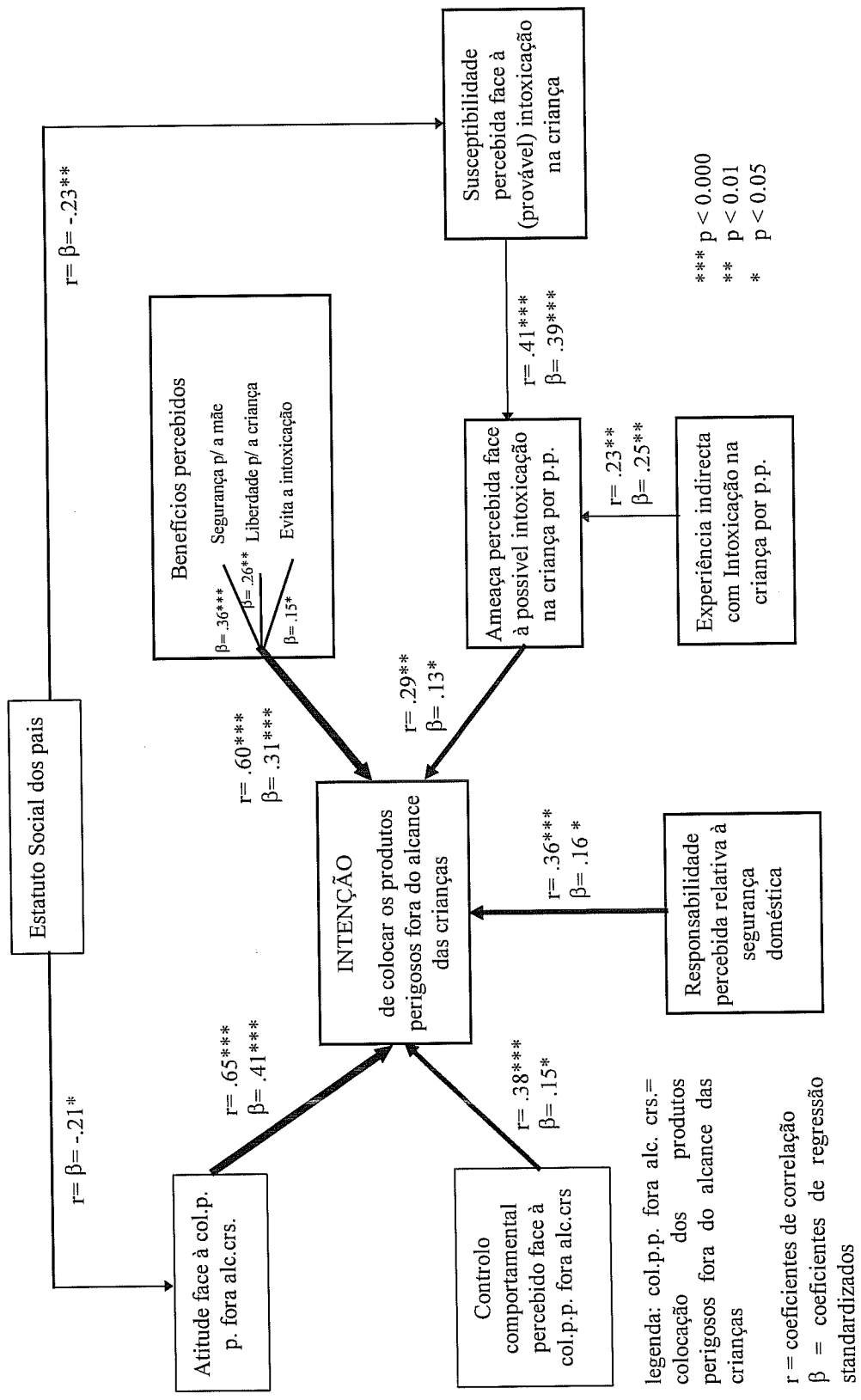


Figura 7 - Intenção de adoptar comportamentos de prevenção de intoxicação doméstica não intencional na criança: Resultados

VI - CONCLUSÕES

Na tentativa de fornecer algum contributo para futuras intervenções educacionais mais eficazes junto dos pais, visando uma maior segurança da criança no espaço doméstico, pretendíamos com este trabalho identificar fundamentalmente os factores envolvidos na génese da intenção das mães de adoptar comportamentos de prevenção face à intoxicação doméstica não intencional nos seus filhos. Baseámo-nos no Modelo das Crenças de Saúde (Becker & Maiman, 1975) e na Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen & Madden, 1986), tentando simultaneamente testar a utilidade de cada um deles na predição da intenção comportamental das mães. Com o contributo das variáveis de ambos os modelos, propusémo-nos construir um modelo de análise que se adapte ao estudo da prevenção deste tipo de acidente infantil.

Os resultados que obtivemos parecem-nos não só justificar a escolha destes modelos teóricos para a abordagem do problema, como a construção de um novo modelo com base nos anteriores.

O MCS que sustentava a primeira hipótese desta pesquisa, revela algum poder preditivo da intenção comportamental das mães de colocar os produtos de uso doméstico fora do alcance das crianças. O seu nível de explicação pode considerar-se razoável ($R^2_{ajust.}=0.37$). Os resultados apontam como principais preditores, os benefícios percebidos pelas mães face à adopção de tal comportamento e embora bastante menos significativa, surge a ameaça percebida relativa à intoxicação na criança por tais produtos. Esta percepção de risco das mães, surge sobretudo associada à sua percepção acerca da susceptibilidade dos filhos à intoxicação, e não à gravidade percebida face a tal situação. A associação entre barreiras ou desvantagens percebidas pelas mães, e a intenção comportamental, embora seja negativa tal como o modelo previa, não se revelou verdadeiramente significativa.

Os resultados sugerem assim, que quanto mais vantagens as mães acreditam vir a ter com a colocação dos produtos de uso doméstico fora do alcance das crianças e, quanto maior a percepção de susceptibilidade dos filhos à intoxicação, maior será a probabilidade de aderirem a tal comportamento. Estes resultados, não estão totalmente de acordo com as tendências encontradas na revisão de estudos apresentada por Janz & Becker (1984), em que os principais preditores dos comportamentos de prevenção, foram as barreiras, habitualmente seguidas da susceptibilidade percebida, mais forte que os benefícios. Nesta revisão tal como neste estudo, a gravidade foi a variável que revelou menor poder preditivo. Este padrão, tal como referem Janz & Becker (1984) e Rutter et al., (1993), seria de esperar, provavelmente porque as pessoas não se sentem ameaçadas por resultados a longo prazo, muitas vezes até considerados como pouco prováveis de acontecer e difíceis de imaginar.

A TCP que esteve na base da segunda hipótese, revela um poder preditivo superior ao MCS, apresentando um bom nível de explicação da intenção comportamental das mães ($R^2_{ajust.}=0.49$).

Os resultados são concordantes com os pressupostos desta teoria, no que diz respeito à intenção comportamental, pois todos os seus determinantes directos apresentam uma influência significativa sobre esta, cabendo neste caso, à atitude o maior contributo. Esta variável é sobretudo influenciada pelas vantagens que as mães acreditam obter com o desempenho do comportamento de prevenção. Na predição da intenção, à atitude segue-se o controlo comportamental percebido, e por último a norma subjectiva. Estes resultados são de algum modo semelhantes aos de outros estudos efectuados no âmbito de comportamentos relacionados com a saúde, como o de Schifter & Ajzen (1985), e vêm mostrar a adequação da TCP relativamente à TAR.

Parece assim, que quanto mais favorável for a atitude das mães face ao comportamento preventivo, e maior a competência percebida em relação ao seu desempenho, maior será a intenção de o pôr em prática, recebendo também alguma influência da pressão social percebida. Esta última, apresenta no entanto, uma forte associação com as crenças

normativas e motivação das mães, sendo de realçar a influência exercida sobretudo pelos técnicos, como o médico e a educadora do filho.

Quanto à percepção das mães acerca da sua responsabilidade pela segurança doméstica (responsabilidade percebida - variável externa aos dois modelos), também a sua relação com a intenção comportamental se revela significativa, no sentido de contribuir para a possível adesão das mães ao comportamento.

Constatámos assim, que a TCP apresenta um maior poder preditivo quando comparada com o MCS, mas ambos parecem ser modelos a considerar no estudo de comportamentos de prevenção dos acidentes na criança. Realça-se no conjunto de resultados obtidos, a substancial importância que têm na intenção comportamental das mães, as suas crenças relativas às vantagens que podem vir a ter com a realização do comportamento preventivo considerado: vantagens ao nível da própria mãe, como o facto de sentir maior segurança em relação ao filho, mesmo quando está junto dele, o que pode significar que para estas mães, a vigilância da criança não dispensa outras medidas de protecção; assim como, vantagens para a criança, salientando-se o facto do filho poder ter maior liberdade para brincar, e evitar a intoxicação na criança.

No respeitante ao estatuto social dos pais, a sua associação só se revelou significativa ao nível da susceptibilidade percebida e da atitude face ao comportamento, tendo-se verificado uma relação inversa com estas duas variáveis. Estes resultados sugerem que quanto maior é o estatuto social dos pais, menor a susceptibilidade percebida pelas mães em relação à intoxicação no filho, e também menos favorável será a sua atitude face ao comportamento em questão. Este padrão de resultados suscita algumas reflexões. Podem ser indicativos da tendência que as pessoas têm de se considerar menos vulneráveis que os outros em relação a várias situações de risco: o "enviesamento optimista" (optimism bias, Weinstein, 1981), neste caso, os pais de estatuto superior considerariam que este tipo de acidentes acontece às crianças que vivem em ambientes degradados, cujas famílias são de baixo nível socio-económico. Lembramos que

Peterson & Roberts (1992) referem também, que os pais de classe média não possuem fortes percepções do risco das suas crianças aos acidentes.

Podemos ainda interpretar estes resultados seguindo o pensamento de Glik et al., (1991) que, sugere que as famílias de baixo estatuto social, como são habitualmente mais carentes de condições adequadas e mais familiarizadas com o acidente, podem necessitar de compensar os "riscos endémicos" nos seus meios, através de uma maior consciência dos riscos nas suas crianças.

Analisemos agora os resultados obtidos com a aplicação do modelo construído a partir da junção das variáveis dos anteriores.

Este modelo revelou um poder preditivo superior aos considerados individualmente ($R^2_{ajust.}=0.57$). Na variância explicada, são de considerar fundamentalmente os efeitos da atitude das mães face ao comportamento de prevenção e dos benefícios percebidos desse comportamento, para além da responsabilidade percebida pelas mães face à segurança doméstica dos filhos, do controlo comportamental percebido face a tal comportamento e da ameaça relativa à intoxicação doméstica na criança.

É de salientar o contributo de variáveis de ambos modelos, assim como da variável externa considerada, tendo-se obtido um resultado mais favorável ao modelo que Peterson et al. (1990) propõe, do que os próprios autores encontraram.

Parece assim poder afirmar-se, que o trabalho desenvolvido se reveste de alguma utilidade face à análise da prevenção da intoxicação doméstica na criança. No entanto este estudo apresenta algumas limitações. O seu alcance é limitado não só por incidir apenas num dos vários tipos de acidentes domésticos, que podem ocorrer nas crianças - a intoxicação não intencional, e ser dirigido apenas a um comportamento específico, como também pelo seu nível de análise se ter limitado à intenção comportamental, sem alcançar o comportamento de prevenção, e por abranger uma amostra de sujeitos

restrita, que apesar de diversificada, se limita à zona de Lisboa e periferia (amostra urbana), o que circunscreve o nível de generalização dos resultados.

Mas, para além das limitações consideradas e apesar de se tratar de um estudo correlacional, pensamos ser de considerar, algumas das implicações práticas dos seus resultados na divulgação de acções de prevenção da intoxicação doméstica na criança, nomeadamente ao nível de intervenções educacionais junto dos pais.

Um dos aspectos que consideramos fundamental, relaciona-se com a educação para a saúde no sentido da prevenção dos acidentes na criança. De acordo com os resultados que obtivemos, esta educação deveria dirigir-se mais para a segurança do que para o risco, centrando-se sobretudo nas vantagens que podem advir para os pais e para a criança da adopção de comportamentos de segurança no espaço doméstico. Os dados obtidos, indicam que as mães são menos sensíveis à gravidade dos acidentes e aos riscos, apontando para a importância de serem valorizados os aspectos positivos; contrariamente ao que é habitual nas campanhas de prevenção e sessões de educação / formação, onde se salientam as consequências negativas dos acidentes. Estes comportamentos por parte dos técnicos parecem reforçar a ideia, de que se tem pouco em conta nestas acções, as experiências e as concepções dos pais acerca dos riscos do acidente e das vantagens da sua prevenção.

Também de acordo com este trabalho, os técnicos de saúde e de educação, por serem os referentes privilegiados da mãe têm um papel importante neste âmbito. Os resultados apontam ainda, no sentido de uma certa discordância da opinião de Wortel & Geus (1993), quando afirmam que os técnicos não precisam de considerar os diferentes níveis educacionais das mães, nos programas de educação relativos à segurança; parecem sugerir que em alguns aspectos da comunicação sobre os riscos domésticos, o estatuto social deve ser tido em conta. Provavelmente será mais vantajosa junto dos pais de estatuto social mais baixo, a ajuda na identificação de situações de perigo ao nível do ambiente, enquanto que, nos de estatuto mais elevado, parece ser de maior utilidade, reforçar as suas percepções de susceptibilidade ao acidente. Contribuir-se-ia deste

modo, para intervenções mais ajustadas às crenças e valores dos pais, convictos de que será um passo fundamental para a mudança das suas atitudes e comportamentos, visando a segurança doméstica da criança.

Neste sentido, pensamos futuramente dar continuidade a este estudo específico, avaliando a implementação dos comportamentos de prevenção face à intoxicação accidental no espaço doméstico. Tencionamos também, aplicar o mesmo modelo teórico a outros tipos de acidentes domésticos, e a amostras mais alargadas, de modo a poder generalizar os resultados obtidos.

No domínio teórico, gostaríamos de incluir em futuros estudos outras variáveis relativas às percepções das mães acerca das características dos seus filhos (criança activa / difícil / calma / obediente), já estudadas por Glik (1991), que concluiu serem bons preditores das percepções de risco das mães relativamente aos acidentes na criança em idade pré-escolar.

Parece-nos também importante, que futuras investigações permitam algumas clarificações conceptuais entre os modelos teóricos que utilizámos e outros modelos exteriores. Referiremos apenas alguns exemplos: o conceito de crenças comportamentais da TCP, de barreiras e benefícios percebidos no caso do MCS, e o conceito de expectativas de resultados da teoria de auto-eficácia de Bandura (1977), que têm fronteiras ténues. Todos se referem à probabilidade subjectiva das consequências do comportamento. Também, o conceito de controlo comportamental percebido da TCP e o de expectativa de eficácia na teoria da auto-eficácia apresentam semelhanças, que são actualmente discutíveis.

Esta clarificação conceptual, permitirá construir um modelo integrado de análise da prevenção dos acidentes, sem correr o risco da sobreposição de conceitos equivalentes.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, N., Kegeles, S. & Genevro, J. (1992). Risk taking and health. In J. F. Yates (Ed.), *Risk - taking behavior* (pp.231-255). Chichester: John Wiley and Sons.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. In J. Kuhl and J. Beckmann (Eds.), *Action control: from cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin: Springer - Verlag.
- Ajzen, I. (1987). Attitudes, traits and actions: dispositional prediction of behavior in personality and social psychology. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental and social psychology* (Vol. 20, pp.1 - 36). New York: Academic Press.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50: 179 - 211.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and prediction social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice - Hall.
- Ajzen, I. & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal - directed behavior: attitudes, intentions and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22: 453 - 474.
- Bandeira, T., Correia, M., Freitas, M., Carvalho, M., Rodrigues, G. & Sequeira, J.S. (1991). Intoxicações agudas em pediatria. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 22 (4): 215 - 222.

- Bandura, A. (1977). Self - efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2): 191 - 215.
- Barata, C. (1990). *Acidentes Graves nas Crianças dos 0 aos 14 anos*. Lisboa: INDC, col. Estudos, nº 18.
- Beale, D. A. & Manstead, A. S. (1991). Predicting mother's intentions to limit frequency of infants' sugar intake: testing the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 21 (5): 409 - 431.
- Becker, M. H. & Maiman, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical recommendations. *Medical Care*, XIII (1): 10 - 24.
- Cabeçadas, M. M. (1991). Acidentes domésticos na criança: identificação de determinantes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9 (4): 27 - 44.
- Carvalho, M. C. (1994). Mortalidade de 1 - 4 anos em Portugal: 1993. *Progressos em Saúde Infantil*, 15. Direcção Geral de Saúde.
- Carvalho, M. C. & Pardal, M. (1987). *As intoxicações acidentais nas crianças*. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Maio de 1987.
- Cavaco, A. (1993). Acidentes: as soluções podem ser simples, mas é preciso procurá-las. *Progressos em Saúde Infantil*, 11. Direcção Geral de Saúde.
- Christophersen, E. (1989). Injury control. *American Psychologist*, 44 (2): 237-241.
- Conclusões do I Encontro Internacional (1992, Novembro). Acidentes e saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11 (1): 78-79.

- Cordeiro, M. (1991). *As intoxicações nas crianças*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas.
- D'Amorim, M. A., Freitas, C. A. & Chrockatt de Sá, G. A. (1992). A motivação para realizar o auto-exame da mama: uma aplicação da teoria planejada. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8 (2): 169 - 185.
- Division of Injury Control (1990). Childhood injuries in the United States. *American Journal of Diseases of Children*, 144 (June): 627-646.
- Edanius, K. (1994). Terminologias. *Boletim APSI*, 1: 6.
- Eichelberger, M., Gotschall C., Feely H., Harstad P. & Bowman, L. (1990). Parental attitudes and knowledge of child safety. *American Journal of Diseases of Children*, 144 (June): 714-720.
- Félix, M. & Tursz, A. (1991). *Les accidents domestiques de l'enfant*. Paris: Syros / Alternatives.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison - Wesley.
- França, L. (1993). *Portugal - Valores Europeus de Identidade Cultural*. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.
- Frank, R., Bowman, D., Cain, K. & Watts, C. (1992). Primary prevention of catastrophic injury. *American Psychologist*, 47 (8): 1045-1049.
- Gallagher, S., Finision, K., Guyer, B. & Goodenough, S. (1984). The incidence of injuries among 87,000 Massachusetts children and adolescents. *American Journal of Public Health*, 74 (12): 1340 - 1347.

- Garling, A. & Garling, T. (1993). Mother's supervision and perception of young children's risk of unintentional injury in the home. *Journal of Pediatrics Psychology*, 18 (1): 105 - 114.
- Garling, T.(1985). Children's environments, accidents, and accident prevention: an introduction. In T. Garling & J. Valsiner (Eds.), *Children within environments: toward a psychology of accident prevention* (pp.3-12). New York: Plenum Press.
- Garling, T. & Valsiner, J. (1985). Children within environments: different approaches and their relationship to accident prevention. In T. Garling & J. Valsiner (Eds.), *Children within environments: toward a psychology of accident prevention* (pp.239-245). New York: Plenum Press.
- Garrido, M. (1990). *Dados Estatísticos da Mortalidade por Acidente Doméstico e de Lazer em Crianças dos 0 aos 14 anos em Portugal - 1981/87*. Lisboa: INDC, col. Estudos, nº 19.
- Giles, M. & Cairns, E. (1995). Blood donation and Ajzen's theory of planned behaviour: an examination of perceived behavioural control. *British Journal of Social Psychology*, 34: 173 - 188.
- Glik, D. C., Greaves, P. E., Kronenfeld, J. J. & Jackson. K. L. (1993). Safety hazards in households with young children. *Journal of Pediatrics Psychology*, 18 (1): 115 - 131.
- Glik, D., Kronenfeld, J. & Jackson K. (1991). Predictors of risk perceptions of childhood injury among parents of preschoolers. *Health Education Quarterly*, 18 (3): 285 - 301.
- Gomes Pedro, J. (1994). Denver II. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 25 (3): 185-189.

- Horwitz, S., Morgenstern, H., DiPietro, L. & Morrison, C. (1988). Determinants of pediatric injuries. *American Journal of Diseases of Children*, 142 (Jun): 605-611.
- Houtrouw, S. M. & Carlson, K. L. (1993). The relationship between maternal characteristics, maternal vulnerability beliefs, and immunization compliance. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 16: 41 - 50.
- Instituto Nacional de Estatística (1992 a 1995). *Estatísticas da Saúde de 1991 a 1994*. Lisboa: INE.
- Janz, N. K. & Becker, M. H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11 (1): 1 - 47.
- Leclercq, F. (1991). Les campagnes d'information et d'éducation. In M. Félix & A. Tursz (Eds.), *Les accidents domestiques de l'enfant* (pp.179-184). Paris: Syros / Alternatives.
- Lichtenstein, P., Slovic, P., Fischhoff, B., Layman, M. & Combs, B. (1978). Judged frequency of lethal events. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 4: 551 - 578.
- Lima, M. L. (1993). *Percepção do risco sísmico: medo e ilusões de controlo*. Dissertação de doutoramento apresentada no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Manciaux, M. (1991). Definition et données épidémiologiques: définition et généralités. In M. Félix & A. Tursz (Eds.), *Les accidents domestiques de l'enfant* (pp.31-37). Paris: Syros / Alternatives.
- Manciaux, M. & Dechamps, J. (1984). Prevention des accidents. In M. Manliause & J. P. Deschamps (Eds.), *Santé de la mère et de l'enfant*. Paris: Flammarion Medicine.

- Manciaux, M. & Romer, C. (1991). Accidents in childhood and adolescence: a priority problem worldwide. In M. Manciaux & C. J. Romer, (Eds.), *Accidents in childhood and adolescence: the role of research* (pp.1-6). Geneva: OMS.
- Manstead, A. S., Proffitt, C. & Smart, J. L. (1983). Predicting and understanding mothers' infant - feeding intentions and behavior: testing the theory of reasoned action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (4): 657 - 671.
- McGillicuddy-De Lisi, A. (1985). The relationship between parental beliefs and children's cognitive level. In I. Sigel (Ed.), *Parental belief systems: the psychological consequences for children* (pp.7-24). Hillsdale, N. J.: Laurence Erlbaum Associates Publishers.
- Ministério do Ambiente e Recursos Naturais (1992 a 1995). *Relatório Anual do EHLASS - Portugal 1991 a 1994*. Lisboa: Instituto Nacional de Defesa do Consumidor.
- Ministério da Saúde (1995). *Elementos Estatísticos da Saúde 1993*. Lisboa: DEPS.
- Ministério da Saúde (1993). *Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Mota, L., Nunes, C., & Lemos, L. (1994). Intoxicações Exógenas: casuística do Hospital Pediátrico de Coimbra (1985 - 1992). *Saúde Infantil*, 16 (2): 129 - 141.
- Mullen, P. D., Hersey, J. C. & Iverson, D. C. (1987). Health behavior models compared. *Social Science and Medicine*, 24 (11): 973 - 981.
- Oliveira, I., Morais, R., Vaz, O. & Dias, F. (1994). Intoxicações em Trás-os-Montes: estudo epidemiológico. *Boletim APSI*, 3: 13.

- Pardal, M. (1980). A informação e a educação como meios de promover a segurança da criança. *Servir*, 28 (3): 112-116.
- Peterson, L. & Brown, D. (1994). Integrating child injury and abuse - neglected research: common histories, etiologies, and solutions. *Psychological Bulletin*, 116 (2): 293-315.
- Peterson, L., Ewigman, B. & Kivalhan, C. (1993). Judgments regarding appropriate child supervision to prevent injury: the role of environmental risk and child age. *Child Development*, 64: 934-950.
- Peterson, L., Farmer, J. & Kashani, J. H. (1990). Parental injury prevention endeavors: a function of health beliefs ? . *Health Psychology*, 9 (2): 177 - 191.
- Peterson, L., Farmer, J. & Mori, L. (1987). Process analysis of injury situations: a complement to epidemiological methods. *Journal of Social Issues*, 43 (2): 33-44.
- Peterson, L. & Roberts, M., (1992). Complacency misdirection, and effective prevention of children's injuries. *American Psychologist*, 47 (8): 1040-1044.
- Pless, I. & Arsenault L. (1987). The role of health education in the prevention of children. *Journal of Social Issues*, 43 (2): 87-103.
- Rivara, F., Calonge N. & Thompson R. (1989). Population - based study of unintentional injury incidence and impact during childhood. *American Journal of Public Health*, 79 (8): 990-994.
- Rivara, F. & Mueller, B. (1987). The epidemiology and causes of childhood injuries. *Journal of Social Issues*, 43 (2): 13-31.

- Roberts, H. & Brooks, M. (1987). Children's injuries: issues in preventions and public policy. *Journal of Social Issues*, 43 (2): 1-12.
- Ronis, D. L. & Kaiser, M. K. (1989). Correlates of breast self-examination in a sample of college women: analysis of linear structural relations. *Journal of Applied Social Psychology*, 19 (13): 1068 - 1084.
- Rosenberg, M. & Fenley, M. (1992). The federal role in injury control. *American Psychologist*, 47 (8): 1031-1035.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of health belief model. *Health Education Monographs*, 2: 328 - 335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15 (2): 175 - 183.
- Russell, K. M. (1991). Development of an instrument to assess maternal childhood injury health beliefs and social influence. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 14: 163 - 177.
- Rutter, D., R., Quine L. & Chesham, D. V. (1993). *Social psychological approaches to health*. Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf.
- Sarafino, E. (1990). *Health psychology: biopsychosocial interactions* (pp.3-34 and 175-214). Singapore: John Wiley and Sons.
- Sand, E. A. (1991). Psychological factors in childhood and adolescence. In M. Manciaux & C. J. Romer (Eds.), *Accidents in childhood and adolescence: the role of research* (pp.81-91). Geneva: OMS.

- Scheidt, P. (1988). Behavioral research towards prevention of childhood injury. *American Journal of Diseases of Children*, 142 (June): 612-617.
- Schifter, D. E. & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control and weight loss: an application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (3): 843 - 851.
- Spielberger, C. & Frank, R. (1992). Injury control: a promising field for psychologists. *American Psychologist*, 47 (8), 1029-1030.
- Sthalberg, D. & Frey, D. (1988). Attitudes I: structures, measurements and junctions. In: M. Hewstone, W. Stroebe, J.-P. Codol, & G. M. Stephenson (Eds.), *Introduction to Social Psychology* (pp. 142 - 195). Oxford: Blackwell.
- Taket, A. R., Manciaux, M. & Romer, C. J. (1991). Mortality and morbidity: the available data and their limitations. In M. Manciaux & C. J. Romer (Eds.), *Accidents in childhood and adolescence: the role of research* (pp.9-30). Geneva: OMS.
- Taylor, S. E. (1991). *Health psychology* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Terry, D., Gallois, C. & McCamish, M. (1993). *The theory of reasoned action: its application to AIDS - preventive behaviour*. Oxford: Pergamon Press.
- Terry, D. J. & O'Leary, J. E. (1995). The theory of planned behaviour: the effects of perceived control and self-efficacy. *British Journal of Social Psychology*, 34, 199 - 220.
- Tursz, A. (1991a). Collection of accidents in childhood: problems of method. In M. Manciaux & C. J. Romer (Eds.), *Accidents in childhood and adolescence: the role of research* (pp.39-56). Geneva: OMS.

- Tursz, A. (1991b). Facteurs de risque et circonstances de survenue des accidents: Introduction. In M. Félix & A. Tursz (Eds.), *Les accidents domestiques de l'enfant* (pp.97-100). Paris: Syros / Alternatives.
- Tursz, A. (1991c). Mortalité. In M. Félix & A. Tursz (Eds.), *Les accidents domestiques de l'enfant* (pp.39-52). Paris: Syros / Alternatives.
- Vala, J. & Caetano, A. (1993). Atitudes dos estudantes universitários face às novas tecnologias de informação: construção de um modelo de análise. *Análise Social*, XXVIII (122): 523 - 553.
- Valsiner, J. & Lightfoot, C. (1987). Process structure of parent-child-environment relations and the prevention of children's injuries. *Journal of Social Issues*, 43 (2): 61-72.
- Weinstein, N. D. (1981). Unrealistic optimism about future live events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806 - 820.
- WHO (1980). *Psychological factors related to accidents in childhood and adolescence - Report on a WHO Technical Group*. Copenhagen: Regional office for Europe (Published 1981).
- Williams, A. & Lund, A. (1992). Injury control - what psychologists can contribute. *American Psychologist*, 47 (8): 1036-1039.
- Wilson, M. & Baker, S. (1987). Structural approach to injury control. *Journal of Social Issues*, 43 (2): 73-86.
- Wilson, M. H., Baker, S. P., Teret, S. P., Shock S. & Garbarino, J. (1991). *Saving Children*. New York: Oxford University Press.

Wortel, E. & Geus G. (1993). Prevention of home related injuries of pre-school children: safety measures taken by mothers. *Health Education Research*, 8 (2): 217-231.

ANEXOS

ANEXO I - Questionário aplicado no pré-teste

QUESTIONÁRIO

Este questionário faz parte de um estudo que estou a realizar sobre alguns dos **acidentes que podem ocorrer dentro de casa com crianças pequenas**.

Pretende-se assim, conhecer as opiniões das mães sobre alguns destes acidentes, como por exemplo, queimaduras por choques eléctricos, intoxicações por produtos de uso doméstico, etc. No seu caso, gostaríamos de saber a sua opinião acerca de alguns aspectos relacionados com os acidentes provocados pela ingestão de produtos de uso doméstico (lixívia, detergentes, insecticidas, venenos, etc...) e as formas de os evitar.

É importante que seja a mãe a responder. Por favor **tente responder a todas as perguntas.**

Como se pretende saber opiniões, não há respostas certas ou erradas, o importante é que as suas respostas sejam sinceras.

As suas respostas são confidenciais - não serão reveladas a ninguém - e destinam-se somente a fins de investigação científica. No final, agradecia-lhe que indicasse a sua identificação e morada, caso seja necessário voltar a contactá-la, por razões que se prendam com o desenvolvimento deste estudo.

Depois de responder, por favor coloque o questionário no envelope, cole o envelope e entregue-o à Educadora responsável pelo seu filho, depois será a Educadora a entregar-me os envelopes.

Se estiver interessada em saber informações sobre este estudo, por favor contacte:

Maria da Graça Vinagre da Graça
Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa
Av. Professor Egas Moniz
1600 LISBOA

Desde já, **muito obrigado pela sua colaboração**

Em seguida encontrará uma série de frases, para as quais lhe pedimos a sua opinião.

Cada frase dá-lhe 7 possibilidades de resposta, marcadas com números; a palavra que está à direita corresponde ao número 7 e a que está à esquerda ao número 1, os restantes números correspondem às posições intermédias.

Para responder, leia cada uma delas com atenção e **coloque uma bola em volta do número que melhor corresponda à sua opinião.**

Por exemplo, ao pensar na alimentação do seu filho:

Preocupa-se com a alimentação do seu filho?

Nada 1 2 3 4 5 6 7 MUITÍSSIMO

Uma pessoa que se preocupe muitíssimo com a alimentação do filho deverá assinalar o 7, uma pessoa que não se preocupe absolutamente nada com isso deverá assinalar o 1, e os outros números referem-se às posições intermédias.

Por favor, responda nas páginas seguintes.

Quando as crianças estão dentro de casa há a possibilidade de acontecerem acidentes. Gostaríamos que pensasse nos problemas que podem acontecer com os produtos de uso doméstico (lixívia, detergentes, venenos, etc...).

Assinale com uma bola , um só número em cada frase, que corresponda à sua opinião.

Até que ponto a preocupa o facto de o seu filho poder intoxicar-se com produtos de uso doméstico?

Nada 1 2 3 4 5 6 7 Muito

Com que frequência pensa na possibilidade de o seu filho poder ter uma intoxicação com produtos de uso doméstico?

Nunca 1 2 3 4 5 6 7 Muitas vezes

O meu filho poder intoxicar-se com produtos de uso doméstico é uma coisa que eu acho:

Nada provável 1 2 3 4 5 6 7 Muito provável

Se o meu filho tivesse uma intoxicação com produtos de uso doméstico seria uma situação:

Nada grave 1 2 3 4 5 6 7 Muito grave

Até que ponto se sente responsável por criar um ambiente seguro em sua casa?:

Nada responsável 1 2 3 4 5 6 7 Muito responsável

Actualmente existem fechos de segurança para aplicar nos armários, para que as crianças não os consigam abrir.

Ponha uma X no quadrado que escolher, em cada frase.

Já ouviu falar nesses fechos de segurança?

Sim

Não

Sabe onde se pode comprar os fechos de segurança para os armários?

Sim

Não

Para si, comprar os fechos de segurança para os armários, é uma coisa:

Fácil

Díficil

Na sua opinião, quem é que devia fornecer os fechos de segurança para os armários?

Deviam ser os pais a comprar

Devia ser o Centro de Saúde a dar

Actualmente, tem fechos de segurança para os armários, em casa?

Não tenho

Tenho, mas não estão colocados nos armários

Tenho, e estão colocados nos armários que têm produtos perigosos

Gostaríamos de conhecer a sua opinião sobre alguns aspectos relacionados com a colocação dos produtos de uso doméstico (lixívia, detergentes, insecticidas, venenos, etc...), em armários altos e com fechos de segurança.

Assinale com uma bola, um só número em cada frase, que corresponda à sua opinião.

Colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança, evita que o meu filho os tome.

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 Concordo

Colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança, faz com que eu não me preocupe quando o meu filho está a brincar longe de mim.

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 Concordo

Colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança, faz com que eu me sinta mais segura em relação ao meu filho, mesmo quando estou junto dele.

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 Concordo

Colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança, faz com que o meu filho possa brincar mais livremente.

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 Concordo

Colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança complica as tarefas domésticas.

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 Concordo

Colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança é uma coisa que me faz perder tempo.

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 Concordo

Colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança torna difícil utilizá-los no dia a dia.

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 Concordo

Comprar fechos de segurança para os armários é caro.

Discordo 1 2 3 4 5 6 7 Concordo

Pedimos-lhe agora que refira a importância que atribui aos seguintes aspectos:

Evitar que o meu filho se intoxique com produtos de uso doméstico:

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É MUITÍSSIMO importante para mim

Não me preocupar quando o meu filho está a brincar longe de mim:

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É MUITÍSSIMO importante para mim

Sentir-me segura relativamente ao meu filho:

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É MUITÍSSIMO importante para mim

Dar ao meu filho a possibilidade de brincar livremente:

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É MUITÍSSIMO importante para mim

Tornar as tarefas domésticas mais simples:

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É MUITÍSSIMO importante para mim

Perder tempo:

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É MUITÍSSIMO importante para mim

Tornar mais fácil a utilização dos produtos de uso doméstico no dia a dia:

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É MUITÍSSIMO importante para mim

O preço dos fechos de segurança para os armários:

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É MUITÍSSIMO importante para mim

Gostaríamos agora de saber a opinião de outras pessoas acerca da colocação dos produtos de uso doméstico em armários altos e com fechos de segurança.

O pai do meu filho acha que eu :

Não devia 1 2 3 4 5 6 7 Devia
colocar os produtos perigosos em
armários altos e com fechos de segurança

A minha mãe acha que eu :

Não devia 1 2 3 4 5 6 7 Devia
colocar os produtos perigosos em
armários altos e com fechos de segurança

A minha melhor amiga acha que eu :

Não devia 1 2 3 4 5 6 7 Devia
colocar os produtos perigosos em
armários altos e com fechos de segurança

A educadora ou as pessoas que tomam conta do meu filho acham que eu:

Não devia 1 2 3 4 5 6 7 Devia
colocar os produtos perigosos em
armários altos e com fechos de segurança

O médico do meu filho acha que eu:

Não devia	1	2	3	4	5	6	7	Devia
colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança								

A maioria dos médicos e dos enfermeiros acha que eu:

Não devia	1	2	3	4	5	6	7	Devia
colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança								

A maioria das pessoas que são importantes para mim acha que eu:

Não devia	1	2	3	4	5	6	7	Devia
colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança								

Relativamente às decisões que toma sobre a segurança do seu filho até que ponto é importante a opinião:

Do pai do seu filho:

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

Da sua mãe:

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

Da sua melhor amiga:

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

Da educadora ou das pessoas que tomam conta do seu filho:

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

Do médico do seu filho:

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

Do maioria dos médicos e dos enfermeiros:

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Muito importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

Em seguida pedimos-lhe a sua opinião sobre a colocação dos produtos de uso doméstico em armários altos e com fechos de segurança, e o que pensa fazer.

A minha opinião sobre a colocação dos produtos de uso doméstico em armários altos e com fechos de segurança é:

Nada favorável	1	2	3	4	5	6	7	Muito favorável
----------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

Penso colocar os produtos de uso doméstico em armários altos e com fechos de segurança:

Nada provável	1	2	3	4	5	6	7	Muito provável
---------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------

Para mim, colocar os produtos de uso doméstico em armários altos e com fechos de segurança é uma coisa:

Fácil	1	2	3	4	5	6	7	Difícil
Que eu sou capaz de fazer	1	2	3	4	5	6	7	Que não sou capaz de fazer
Simples	1	2	3	4	5	6	7	Complicada
Que eu sei fazer	1	2	3	4	5	6	7	Que não sei fazer

PARA TERMINAR, pedimos-lhe algumas informações sobre a sua família. Escreva as suas respostas nas linhas indicadas e ponha uma X no quadrado que escolher.

Quantas pessoas vivem na sua casa? _____ crianças e _____ adultos.

Quantos filhos tem? _____

	1ºfilho	2ºfilho	3ºf.	4ºf.	5ºf.
Data de Nascimento dos filhos:	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Sexo dos filhos:					
Rapaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapariga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O seu filho mais novo está no infantário?

Sim Desde os _____ meses Não

Em que tipo de casa vivem?:

num andar casa pré-fabricada vivenda

Tem electricidade em casa ?:

Sim Não

Quantas divisões tem a sua casa, sem contar com a cozinha e a casa de banho?

Tem _____ divisões

Em relação à mãe:

Idade: _____ Profissão: _____

Estudos:

não tem até à 4ª classe ciclo preparatório
 liceu/ensino secundário curso médio licenciatura

Em relação ao pai:

Idade: _____ Profissão: _____

Estudos:

não tem até à 4ª classe ciclo preparatório
 liceu/ensino secundário curso médio licenciatura

Algum dos seus filhos teve algum acidente dentro de casa?

- Sim Não

Se teve, diga:

Há quanto tempo foi:

- há menos de um ano
 há mais de um ano

Que tipo de acidente teve:

- queimou-se com líquidos, objectos quentes ou com o fogo
 cortou-se com facas ou vidros
 comeu coisas perigosas (remédios, detergentes, lixívia, veneno...)
 apanhou um choque eléctrico
 caiu da cama, das escadas, etc...
 outro. Qual? _____

Se nessa altura, o seu filho recebeu algum tratamento médico, diga onde:

- Centro de Enfermagem Hospital
 Centro de saúde Noutro sitio. Qual? _____
 Em casa _____

Conhece alguma criança dos seus familiares, amigos ou vizinhos que tenha tido uma intoxicação com produtos de uso doméstico?

- Sim Não

Uma vez mais, MUITO OBRIGADO pela sua colaboração

Agradecia-lhe que indicasse o seu nome e morada, para o caso de ser necessário voltar a contactá-la, por razões que se prendam com o desenvolvimento deste estudo. Se não o quiser fazer, seria útil para este estudo, que indicasse o nome da localidade onde vive.

NOME:

MORADA:

Cod. Postal

Localidade:

TELEFONE:

DATA de preenchimento do questionário:

ANEXO II - Questionário final

QUESTIONÁRIO

Este questionário faz parte de um estudo que estou a realizar sobre alguns dos **acidentes que podem ocorrer dentro de casa com crianças pequenas**.

Pretende-se assim, conhecer as opiniões das mães sobre alguns destes acidentes, como por exemplo, queimaduras por choques eléctricos, intoxicações por produtos de uso doméstico, etc. No seu caso, gostaríamos de saber a **sua opinião** acerca de alguns aspectos relacionados com os **acidentes provocados pela ingestão de produtos de uso doméstico** (lixívia, detergentes, insecticidas, venenos, etc...) e as formas de os evitar.

É importante que seja a mãe a responder. Por favor **tente responder a todas as perguntas**.

Como se pretende saber opiniões, não há respostas certas ou erradas, o importante é que as suas respostas sejam sinceras.

As suas respostas são confidenciais - não serão reveladas a ninguém - e destinam-se somente a fins de investigação científica. No final, agradecia-lhe que indicasse a sua identificação e morada, caso seja necessário voltar a contactá-la, por razões que se prendam com o desenvolvimento deste estudo.

Depois de responder, por favor coloque o questionário no envelope, cole o envelope e entregue--o à Enfermeira responsável pela Saúde Infantil, depois será a Enfermeira a entregar-me os envelopes.

Se estiver interessada em saber informações sobre este estudo, por favor contacte:

Maria da Graça Vinagre da Graça
Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa
Av. Professor Egas Moniz
1600 LISBOA

Desde já, **muito obrigado pela sua colaboração**

Em seguida encontrará uma série de frases, para as quais lhe pedimos a sua opinião.

Cada frase dá-lhe 7 possibilidades de resposta, marcadas com números; a palavra que está à direita corresponde ao número 7 e a que está à esquerda ao número 1, os restantes números correspondem às posições intermédias.

Para responder, leia cada uma delas com atenção e **coloque uma bola em volta do número que melhor corresponda à sua opinião**.

Por exemplo, ao pensar na alimentação do seu filho:

Preocupa-se com a alimentação do seu filho?

Nada 1 2 3 4 5 6 7 MUITÍSSIMO

Uma pessoa que se preocupe **muitíssimo** com a alimentação do filho deverá assinalar o 7, uma que não se preocupe **absolutamente nada** deverá assinalar o 1, e uma pessoa que se preocupe **muito** com isso assinalará o 6, os outros números referem-se às restantes posições intermédias.

Por favor, responda nas páginas seguintes.

Quando as crianças estão dentro de casa há a possibilidade de acontecerem acidentes. Gostaríamos que pensasse nos problemas que podem acontecer com os produtos de uso doméstico (lixívia, detergentes, venenos, insecticidas, etc...).

Pense no seu bebé e assinale com uma bola, um só número em cada frase, que corresponda à sua opinião.

1 - Até que ponto a preocupa o facto de o seu filho poder intoxicar-se com produtos de uso doméstico?

Nada 1 2 3 4 5 6 7 MUITÍSSIMO

2 - Com que frequência pensa na possibilidade de o seu filho poder ter uma intoxicação com produtos de uso doméstico?

Nunca 1 2 3 4 5 6 7 MUITÍSSIMAS VEZES

3 - O meu filho poder intoxicar-se com produtos de uso doméstico é uma coisa que eu acho:

Nada provável 1 2 3 4 5 6 7 MUITÍSSIMO PROVÁVEL

4 - Se o meu filho tivesse uma intoxicação com produtos de uso doméstico seria uma situação:

Nada grave 1 2 3 4 5 6 7 MUITÍSSIMO GRAVE

5 - Até que ponto se sente responsável por criar um ambiente seguro em sua casa?:

Nada responsável 1 2 3 4 5 6 7 MUITÍSSIMO RESPONSÁVEL

Actualmente existem fechos de segurança para aplicar nos armários, para que as crianças não os consigam abrir.

Ponha uma X no quadrado que escolher, em cada frase.

6 - Já ouviu falar nesses fechos de segurança? Sim Não

7 - Sabe onde se pode comprar os fechos de segurança para os armários? Sim Não

8 - Para si, comprar os fechos de segurança para os armários, é uma coisa: Fácil Difícil

9 - Na sua opinião, quem é que devia fornecer os fechos de segurança para os armários?

Deviam ser os pais a comprar Devia ser o Centro de Saúde a dar

10 - Actualmente, tem fechos de segurança para os armários, em casa?

Não tenho
 Tenho, mas não estão colocados nos armários
 Tenho, e estão colocados nos armários que têm produtos perigosos

Gostaríamos de conhecer a sua opinião sobre alguns aspectos relacionados com a colocação dos produtos de uso doméstico (lixívia, detergentes, insecticidas, venenos, etc...), em armários altos e com fechos de segurança.

Assinale com uma bola, um só número em cada frase, que corresponda à sua opinião.

11 - Colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança, evita que o meu filho os tome.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

12 - Colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança complica as tarefas domésticas.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

13 - Colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança, faz com que eu fique mais descansada quando o meu filho está a brincar longe de mim.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

14 - Colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança é uma coisa que me faz perder tempo.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

15 - Colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança, faz com que eu me sinta mais segura em relação ao meu filho, mesmo quando estou junto dele.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

16 - Colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança torna difícil utilizá-los no dia a dia.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

17 - Colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança, faz com que o meu filho possa brincar mais livremente.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

18 - Comprar fechos de segurança para os armários é caro.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

Pedimos-lhe agora que refira a importância que atribui aos seguintes aspectos:

19 - Evitar que o meu filho se intoxique com produtos de uso doméstico:

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É MUITÍSSIMO importante para mim

20 - Tornar as tarefas domésticas mais simples:

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É MUITÍSSIMO importante para mim

21 - Ficar mais descansada quando o meu filho está a brincar longe de mim:

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É MUITÍSSIMO importante para mim

22 - Perder tempo:

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É MUITÍSSIMO importante para mim

23 - Sentir-me segura relativamente ao meu filho:

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É MUITÍSSIMO importante para mim

24 - Tornar mais fácil a utilização dos produtos de uso doméstico no dia a dia:

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É MUITÍSSIMO importante para mim

25 - Dar ao meu filho a possibilidade de brincar livremente:

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É MUITÍSSIMO importante para mim

26 - O preço dos fechos de segurança para os armários:

Não é importante para mim 1 2 3 4 5 6 7 É MUITÍSSIMO importante para mim

Gostaríamos agora de saber a opinião de outras pessoas acerca da colocação dos produtos de uso doméstico em armários altos e com fechos de segurança. Mesmo que nunca tenha conversado sobre isso, diga o que lhe parece que estas pessoas acham.

27 - O pai do meu filho acha que eu :

Não devia 1 2 3 4 5 6 7 Devia
colocar os produtos perigosos em
armários altos e com fechos de segurança

28 - A minha mãe acha que eu :

Não devia 1 2 3 4 5 6 7 Devia
colocar os produtos perigosos em
armários altos e com fechos de segurança

29 - A minha melhor amiga acha que eu :

Não devia 1 2 3 4 5 6 7 Devia
colocar os produtos perigosos em
armários altos e com fechos de segurança

30 - A educadora ou as pessoas que tomam conta do meu filho acham que eu:

Não devia 1 2 3 4 5 6 7 Devia
colocar os produtos perigosos em
armários altos e com fechos de segurança

31 - O médico do meu filho acha que eu:

Não devia	1	2	3	4	5	6	7	Devia
colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança								

32 - A maioria das pessoas que são importantes para mim acha que eu:

Não devia	1	2	3	4	5	6	7	Devia
colocar os produtos perigosos em armários altos e com fechos de segurança								

Relativamente às decisões que toma sobre a segurança do seu filho até que ponto é importante a opinião:

33 - Do pai do seu filho:

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Muitíssimo importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

34 - Da sua mãe:

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Muitíssimo importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

35 - Da sua melhor amiga:

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Muitíssimo importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

36 - Da educadora ou das pessoas que tomam conta do seu filho:

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Muitíssimo importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

37 - Do médico do seu filho:

Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	Muitíssimo importante
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

Em seguida pedimos-lhe a sua opinião sobre a colocação dos produtos de uso doméstico em armários altos e com fechos de segurança, e o que pensa fazer.

38 - A minha opinião sobre a colocação dos produtos de uso doméstico em armários altos e com fechos de segurança é:

Nada favorável	1	2	3	4	5	6	7	Muitíssimo favorável
----------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

39 - Penso colocar os produtos de uso doméstico em armários altos e com fechos de segurança:

Nada provável	1	2	3	4	5	6	7	Muitíssimo provável
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------

40 - Para mim, colocar os produtos de uso doméstico em armários altos e com fechos de segurança é uma coisa:

Muito fácil	1	2	3	4	5	6	7	Muito difícil
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------

41 - Que eu sou capaz de fazer 1 2 3 4 5 6 7 Que não sou capaz de fazer

PARA TERMINAR, pedimos-lhe algumas informações sobre a sua família.
Escreva as suas respostas nas linhas indicadas e ponha uma X no quadrado que escolher.

42 - Quantas pessoas vivem na sua casa? _____ crianças e _____ adultos.

43 - Quantos filhos tem? _____

	1ºfilho	2ºfilho	3ºf.	4ºf.	5ºf.
44 - Data de Nascimento dos filhos:	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

45 - Sexo dos filhos:

Rapaz

Rapariga

46 - O seu filho mais novo está no infantário?

Sim Desde os _____ meses Não

O seu filho mais novo:

47 - Já anda agarrado às coisas (mobília...)?

Sim Não

48 - Já anda bem sozinho?

Sim Não

49 - Em que tipo de casa vivem?

num andar casa pré fabricada vivenda

50 - Quantas divisões tem a sua casa, sem contar com a cozinha e a casa de banho?

Tem _____ divisões

51 - Em relação à mãe:

Idade: _____ Profissão: _____

Estudos:

não tem até à 4ª classe ciclo preparatório
 liceu/ensino secundário curso médio licenciatura

52 - Em relação ao pai:

Idade: _____ Profissão: _____

Estudos:

não tem até à 4ª classe ciclo preparatório
 liceu/ensino secundário curso médio licenciatura

53 - Algum dos seus filhos teve algum acidente dentro de casa?

Sim Não

54 - Se teve, diga:

Há quanto tempo foi:

há menos de seis meses
 há mais de seis meses

55 - Que tipo de acidente teve:

- queimou-se com líquidos, objectos quentes ou com o fogo
- cortou-se com facas ou vidros
- comeu coisas perigosas (remédios, detergentes, lixívia, veneno...)
- apanhou um choque eléctrico
- caiu da cama, das escadas, etc...
- outro. Qual? _____

56 - Se nessa altura, o seu filho recebeu algum tratamento médico, diga onde:

- Centro de Enfermagem
- Hospital
- Centro de saúde
- Noutro sitio. Qual? _____
- Em casa

57 - Conhece alguma criança dos seus familiares, amigos ou vizinhos que tenha tido uma intoxicação com produtos de uso doméstico?

- Sim
- Não

Uma vez mais, MUITO OBRIGADO pela sua colaboração

Agradecia-lhe que indicasse o seu nome e morada, para o caso de ser necessário voltar a contactá-la, por razões que se prendam com o desenvolvimento deste estudo. Se não o quiser fazer, seria útil para este estudo, que indicasse o nome da localidade onde vive.

NOME:

MORADA:

Cod. Postal

Localidade:

TELEFONE:

DATA de preenchimento do questionário: