

Características do *Stress* em Pais de Crianças com Doenças Crónicas e em Pais de Crianças com Problemática Emocional (*)

SALOMÉ VIEIRA SANTOS (**)

1. INTRODUÇÃO

Neste trabalho apresentam-se os resultados decorrentes da aplicação da versão portuguesa do *Parenting Stress Index - PSI* (Abidin, 1983) a quatro grupos de pais de crianças com as seguintes características: doença crónica (Fibrose Quística e Doença Celíaca), problemática emocional e sem problemas físicos ou psicológicos.

A Doença Celíaca (DC) é a consequência de uma reacção de intolerância permanente ao glúten, proteína constituinte de alguns cereais. Esta reacção de sensibilidade traduz-se em lesões profundas da mucosa do intestino delgado (com atrofia das vilosidades), o que conduz a uma má absorção dos alimentos. Aquelas lesões regridem quando o glúten é excluído da dieta. De uma forma geral, a doença declara-se durante o primeiro ano de vida (habitualmente cerca de 3 a 5 meses após a criança ter iniciado a alimentação com farinhas que contêm glúten), mas pode tornar-se aparente em qualquer idade.

Em termos da clínica psicológica tem-se constatado que as crianças com DC apresentam, com alguma frequência, alterações de comportamento e do aproveitamento escolar, no entanto, a investigação no campo da psicologia é diminuta, tendo conhecimento apenas de alguns estudos (e.g., Bentley, 1988; Kinston & Loader, 1986; Kinston, 1988; Kinston & Loader, 1988; Simila & Kokkonen, 1990; Lara, 1992) que, contudo, não esclarecem o funcionamento psicológico da criança com DC e da sua família.

A Fibrose Quística (FQ) é uma doença genética letal, cuja evolução conduz a uma esperança de vida reduzida, ainda que esta tenha vindo a aumentar notavelmente nas últimas duas décadas (situa-se entre os vinte e os trinta anos nos países mais desenvolvidos). Caracteriza-se por uma alteração, em todo o organismo, das secreções serosas (que se tornam muito concentradas) e do muco (espesso e seco) o que origina complicações em diversos órgãos. Assim, é frequente a obstrução dos ductos ao nível dos pulmões (conduzindo a infecções pulmonares crónicas) e do pâncreas (provocando deficiência enzimática e, consequentemente, má absorção dos alimentos), podendo ser também afectados os intestinos e o sistema biliar. O suor é rico em sódio e cloro. Geralmente é diagnosticada pouco tempo

(*) Trabalho apresentado no I Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa, 1994.

(**) Assistente, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

após o nascimento ou na primeira infância. O padrão de evolução da doença e a sua gravidade variam consideravelmente de indivíduo para indivíduo.

Do ponto de vista psicológico, existe numerosa literatura científica que aborda a criança com FQ e a sua família, o que revela o interesse que esta área de estudos tem despertado, procurando-se incrementar o conhecimento sobre o impacto e consequências da doença, com vista à implementação de formas de ajuda eficazes. Contudo, os resultados das investigações desenvolvidas naquele domínio são, de uma forma geral, algo contraditórios, facto que, se por um lado pode denotar a utilização de critérios metodológicos e psicométricos muito diversificados (dificultando a comparação das amostras) ou mesmo pouco rigorosos, por outro poderá indicar que as crianças com FQ e as suas famílias apresentam grande heterogeneidade na resposta ao stress associado à doença.

Concretizando, observa-se que os estudos realizados nos anos 60 e princípios dos anos 70 enfatizam a existência de problemas de ordem emocional e de socialização nas crianças com FQ (e.g., Lawer, Nakielny & Wright, 1966; McCollum & Gibson, 1970) e ainda desadaptação e disfuncionamento nas famílias destas crianças (e.g., Lawler, Nakielny & Wright, 1966; Tropaner, Franz & Dilgard, 1970). Alguns trabalhos mais recentes, com maior rigor nos critérios acima mencionados e melhor controlados, alcançam resultados consonantes com aqueles, indicando, por exemplo, que as crianças com FQ apresentam problemas de comportamento (e.g., Cowen, Mok, Corey, MacMillan, Simmons & Levison, 1986; Lara, 1992; Lewis & Khaw, 1982). No entanto, outros estudos apontam em sentido contrário, mostrando que a criança com FQ apresenta um funcionamento psicossocial adequado, não tendo necessariamente que desenvolver perturbação emocional (e.g., Drotar, Dovershuk, Stern, Boat, Boyer & Matthews, 1981; Koocher, Gudas & McGrath, 1992). Verifica-se mesmo que estas crianças, quando comparadas com as saudáveis, não se distinguem delas de um modo significativo, nomeadamente ao nível do auto-conceito (Lewis & Khaw, 1982), e têm, geralmente, aproveitamento escolar, apesar de ser frequente o absentismo (e.g., Levison, Garner, MacMillan & Cowen, 1987).

No que concerne aos estudos que englobam as famílias das crianças com FQ, é de salientar que muitos sugerem que estas famílias têm um funcionamento relativamente equilibrado e desenvolvem estratégias diversificadas que lhes permitem lidar satisfatoriamente com a situação de stress que a doença constitui (e.g., Cowen, Corey, Keenan, Simmons, Arndt & Levison, 1985; Cowen, Mok, Corey, MacMillan, Simmons & Levison, 1986; Gibson, 1986; Phillips, Bohannon, Gayton & Friedman, 1985; Stullenbarger, Norris, Edgil & Prosser, 1987; Venters, 1981). Verifica-se que, após um período inicial de choque (face ao diagnóstico), a maior parte das famílias experimenta menos stress (e.g., Venters, 1981), criando novas rotinas e definindo objectivos de vida significativos. É compreensível que o grau de stress aumente associado à progressão da doença e à consequente deterioração física. Aliás, constata-se, por exemplo, que o grau de severidade da doença influencia o próprio funcionamento psicossocial dos pais (e.g., Cowen, Mok, Corey, MacMillan, Simmons & Levison, 1986). É lícito supôr que o facto do tratamento médico para a doença ter vindo a evoluir (permitindo que hoje o prognóstico seja melhor do que há trinta anos atrás) contribua também para os resultados mais favoráveis de muitos dos estudos posteriores aos anos setenta.

Por outro lado, há a evidência de que o funcionamento familiar é um melhor predictor do ajustamento da criança à doença do que o é a presença da própria doença (Lewis & Khaw, 1982), o que reforça a importância do papel da família, nomeadamente como mediadora da resposta da criança a esta situação de *stress*. Por fim, chama-se a atenção para a necessidade de se atender igualmente às atitudes dos pais face à criança doente pois elas podem influir negativamente no seu funcionamento comportamental e psicossocial (e.g., Cappelli, McGrath, MacDonald, Katsanis & Lascelles, 1989; Johnson, Gershowitz & Stabler, 1981).

Após esta abordagem sucinta das tendências encontradas nos estudos de investigação dirigidos para a criança com FQ, passo a fazer uma breve referência a alguns aspectos relativos à criança com problemática emocional (englobando aqui problemas sócio-emocionais e de comportamento), na medida em que este trabalho inclui um grupo de pais de crianças com aquelas

características. Centrar-me-ei em resultados de investigações desenvolvidas sobretudo na área do *stress*, pela sua pertinência no presente contexto.

Vários estudos associam a presença de factores de risco no meio familiar com a ocorrência de perturbação na criança (e.g., Kornberg e Caplan, 1980; Richman, Stevenson e Graham, 1982), constatando-se, por exemplo, que algumas características pessoais dos pais, como perturbação psicológica, podem repercutir-se negativamente no comportamento e ajustamento da criança (e.g., Adrian e Hammen, 1993; Anderson e Hammen, 1993; Baldwin, Cole e Baldwin, 1982; Goodman, Brogan, Lynch e Fielding, 1993; Kaslow, Deering e Racusin, 1994; Weintroub, Winters e Neale, 1986). Isto poderá eventualmente dever-se a alterações quer ao nível relacional, quer nas próprias práticas educativas.

Por seu turno, observa-se que as variáveis de relação familiar estão mais estreitamente associadas com perturbação quando existe adversidade social (e.g., Richman et al., 1982). De facto, a partir da investigação desenvolvida na área dos acontecimentos críticos de vida tem-se salientado o efeito potencialmente negativo de certos acontecimentos externos à família, como por exemplo, o desemprego, com consequências deletérias na relação pais-filhos (e.g., Bronfenbrenner & Crouter, 1983). Outros acontecimentos, ao nível do casal, estão igualmente bem documentados, observando-se que podem ter repercussões nocivas no ajustamento da criança. São exemplos, a separação, divórcio ou mesmo novo casamento de um dos pais, morte de uma figura parental e relação conflituosa do casal (e.g., Bloom, Asher & White, 1978; Bouchard & Drapeau, 1991; Cowen, Weissberg & Guare, 1984; Emery, 1982; Felner, Ginter, Boike & Cowen, 1981; Fincham & Osborne, 1993; Hetherington, Stanley-Hagan & Anderson, 1989; Katz & Gottman, 1993; Kornberg & Caplan, 1980; Rutter, 1985). O impacto do *stress* associado a estes ou a outros acontecimentos é passível de promover alterações no funcionamento parental, as quais, por sua vez, desencadeiam respostas desajustadas na criança. No entanto, existem factores, ditos mediadores, sejam eles de cariz situacional (por exemplo, apoio social e características do acontecimento) ou pessoal (por exemplo, características de personalidade e compe-

tências de «coping»), que poderão influenciar o modo como o sujeito responde à situação de stress (e.g., Dohrenwend & Dohrenwend, 1986; Felner, Farber & Primavera, 1983; Quittner, Glueckauf & Jackson, 1990; Sarason, Levine & Sarason, 1986; Simons, Lorenz, Wu, Conger, 1993), possibilitando que o impacto desta não conduza, necessariamente, a disfunção, mas constitua até, em certas circunstâncias, uma oportunidade de desenvolvimento (Compas, 1987). De referir ainda que as próprias características da criança (por exemplo, temperamento, nível de actividade, hiperactividade, distúrbios de comportamento, aparência física, deficiência física) podem influenciar o funcionamento parental, (e.g., Buss, 1981; Maccoby & Martin, 1983; Mash & Johnston, 1983ab; McKinney & Peterson, 1987).

Neste estudo utiliza-se o *Índice de Stress Parental*, versão portuguesa do *Parenting Stress Index (PSI)* (Abidin, 1983), estabelecendo-se dois *objectivos* principais: (1) determinar se as respostas dos pais das crianças com doença crónica (Fibrose Quística/Doença Celíaca) se diferenciam das respostas dos pais das crianças saudáveis de forma comparável à encontrada em estudo anterior (Santos e Lara', no prelo), considerando que no presente estudo se procurou reduzir a variabilidade relativa ao número de sujeitos em cada grupo, à idade das crianças e à duração da doença; (2) averiguar qual o tipo de respostas dadas pelos pais das crianças com problemática emocional e se elas se diferenciam das respostas dos outros grupos.

2. APRESENTAÇÃO DO ÍNDICE DE STRESS PARENTAL (ISP)

O *Índice de Stress Parental (ISP)*, versão portuguesa do *Parenting Stress Index (PSI)* (Abidin, 1983), é um questionário para aplicação a pais (mãe ou pai) e tem como *objectivo* avaliar a intensidade do *stress* ocorrente no sistema pais-criança. O PSI mostrou-se especialmente útil

¹ Trabalho apresentado nas Primeiras Jornadas de Estudo da Sociedade Portuguesa de Psicologia: Psicologia, Portugal e a Europa, Coimbra, 1992.

QUADRO 1

DOMÍNIO DA CRIANÇA	DOMÍNIO PARENTAL
Hiperactividade/Distracção (A)	Sentido de Competência (H)
Reforço aos pais (B)	Vinculação (I)
Humor (C)	Restrições do Papel (J)
Aceitação (D)	Depressão (L)
Maleabilidade de Adaptação (E)	Relação Marido/Mulher (M)
Exigência (F)	Isolamento Social (N)
Autonomia (G)	Saúde Parental (O)

com crianças até aos três anos, ainda que também tenha sido utilizado com crianças em idade escolar. A adaptação portuguesa do questionário (Santos, 1990) procurou torná-lo mais apropriado para esta faixa etária, facto que, a par de outros propósitos (cujo esclarecimento não é pertinente para o presente estudo), exigiu que se procedesse a modificações relativamente à escala original (exclusão, alteração e inserção de itens; adição de uma subescala – *Autonomia*).

O ISP é composto por 108 itens distribuídos por várias subescalas, englobadas em dois Domínios (*Domínio da Criança* e *Domínio Parental*). Compreende ainda uma escala de *Stress de Vida* (com 24 itens) que permite recolher informação relativa ao contexto situacional/demográfico da família. Enquanto que para o primeiro conjunto de itens o sujeito tem cinco possibilidades de escolha (que vão desde o «concordo inteiramente» até ao «discordo completamente»), nesta última escala o sujeito deve apenas assinalar os itens que se aplicam.

Segundo Abidin (1983), as subescalas do Domínio da Criança avaliam o grau de *stress* que as características da criança provocam na mãe ou no pai; as subescalas do Domínio Parental pretendem averiguar as características pessoais da figura parental e o seu contexto de apoio social, na medida em que estes aspectos estão relacionados com as tarefas e exigências da parentalidade. Apresenta-se em seguida a denominação das várias subescalas com a indicação da sua distribuição por Domínio (Quadro 1).

O estudo da adaptação portuguesa do questionário, para crianças em idade escolar (ver Santos, 1990; 1992), foi efectuado com base numa amostra de 116 sujeitos, pais de crianças sem

problemas físicos ou psicológicos. Apesar do número reduzido de sujeitos, os resultados encontrados foram suficientemente favoráveis para justificar a prossecução do estudo.

3. MÉTODO

Aplicou-se o ISP a quatro grupos de pais de crianças com as seguintes características: Grupo 1 – *Problemática Emocional* (PE) (n=15); Grupo 2 – *Fibrose Quística* (FQ) (n=14); Grupo 3 – *Doença Celíaca* (DC) (n=13); Grupo 4 – *Sem Problemas Físicos ou Psicológicos* (SP) (n=15).

Como já atrás se referiu, um dos objectivos deste trabalho prende-se com a intenção de averiguar se as respostas dos pais das crianças com doença crónica se diferenciam das respostas dos pais das crianças sem doença de um modo idêntico ao encontrado em estudo anterior (Santos & Lara, no prelo), uma vez que agora se controlaram de um modo mais rigoroso algumas variáveis: idade das crianças, duração da doença e número de sujeitos em cada grupo. Neste sentido, fizeram-se as seguintes alterações em relação à constituição dos diferentes grupos: (a) Excluíram-se dos grupos com doença crónica as crianças com mais de 10 anos (ou seja, com 11 e 12 anos). Com efeito, apesar de no estudo da adaptação portuguesa do questionário (Santos, 1990), realizado com crianças dos 6 aos 10 anos, se ter verificado que o ISP tinha um comportamento homogéneo para as diferentes idades observadas, (não constituindo esta variável um índice com valor discriminativo), não parece adequado generalizar esta conclusão a grupos etários ainda não estudados; (b) Procurou-se

uma maior homogeneidade relativamente à duração da doença, (excluindo-se os sujeitos em que esta era maior); (c) Reduziu-se a disparidade existente entre o número de sujeitos em cada um dos grupos com doença e o grupo saudável.

De uma forma geral, o nível sócio-económico e educacional dos sujeitos dos diferentes grupos é heterogéneo, excepção feita para o Grupo 1 (PE) em que predomina o nível baixo. A maioria das crianças tem aproveitamento escolar, excepção, mais uma vez, para o Grupo 1 (PE), em que mais de metade das crianças apresenta dificuldades de aprendizagem. As idades das crianças dos quatro grupos variam entre os 6 e os 10 anos, apresentando a seguinte distribuição, em meses: PE - 90.93 (DP=17.24); FQ - 101.07 (DP=21.59); DC - 98.69 (DP=20.53); SP - 99.27 (DP=17.64).

As amostras de pais de crianças com doença crónica foram recolhidas nas *Consultas de Fibrose Quística e de Doença Celíaca do Serviço de Pediatria do Hospital de Sta. Maria de Lisboa*. Todas estas crianças tinham diagnóstico médico confirmado, não apresentavam debilidade mental e, para além da doença alvo, não eram portadoras de qualquer outra doença física.

O grupo de pais de crianças com problemática emocional, acrescentado neste estudo, foi seleccionado a partir de um outro mais vasto que integrava crianças que foram objecto de uma *Avaliação Psicológica* (ao nível intelectual, instrumental e da personalidade) na sequência de um pedido de avaliação feito pela professora e/ou pela equipa médico-pedagógica. Nenhuma das crianças seleccionadas apresenta debilidade e todas manifestam ter problemas sócio-emocionais e/ou comportamentais.

A amostra de pais de crianças sem problemas físicos ou psicológicos identificados foi recolhida na área metropolitana de Lisboa.

4. RESULTADOS

Com o objectivo de averiguar se existem diferenças significativas entre os resultados obtidos pelos quatro grupos alvo da aplicação do ISP (G1 = pais de crianças com Problemática Emocional – PE; G2 = pais de crianças com Fibrose Quística – FQ; G3 = pais de crianças com Doen-

ça Celíaca – DC; G4 = pais de crianças Sem Problemas Físicos ou Psicológicos – SP), efectuaram-se diversas análises comparativas dos mesmos. Procedeu-se à comparação das respostas dos quatro grupos, utilizando o teste de Kruskal-Wallis, cujos resultados se apresentam no Quadro 2.

Observa-se que ocorrem diferenças significativas relativamente ao *Domínio da Criança* ($p < .009$), ao *Domínio Parental* ($p < .006$) e ao *Total de Stress* ($p < .002$). Ao nível das subescalas, são significativas as diferenças para as subescalas C (*Humor*, $p < .02$), D (*Aceitação*, $p < .02$), G (*Autonomia*, $p < .003$), todas do *Domínio da Criança*, e ainda J (*Restrições do Papel*, $p < .02$), M (*Relação Marido-Mulher*, $p < .03$) e O (*Saúde dos Pais*, $p < .006$), do *Domínio Parental*; é igualmente significativa a diferença relativa à escala de *Stress de Vida* ($p < .02$).

Numa análise muito sumária dos resultados, observa-se que, comparativamente com o estudo anterior de Santos e Lara (no prelo), ocorrem agora maior número de diferenças significativas (10 para 6), constatando-se que algumas das diferenças não são comuns aos dois estudos, o que pode dever-se, em parte, ao facto de neste trabalho se incluir um novo grupo. No estudo anterior, as diferenças para as subescalas B (*Reforço aos Pais*) e F (*Exigência*), ambas do *Domínio da Criança*, eram significativas, enquanto que no estudo actual não chegam a atingir significância estatística; mantêm-se as diferenças significativas para as subescalas D (*Aceitação*, do *Domínio da Criança*) e O (*Saúde Parental*, do *Domínio dos Pais*), bem como para o *Domínio da Criança* e para o *Total*; surgem pela primeira vez diferenças significativas para a subescala C (*Humor*) e G (*Autonomia*), do *Domínio da Criança*, e J (*Restrições do Papel*) e M (*Relação Marido-Mulher*), do *Domínio Parental*, e ainda para o resultado relativo a este *Domínio* e para a escala de *Stress de Vida*.

Com a intenção de clarificar melhor as diferenças obtidas entre os grupos, procedeu-se à comparação dos grupos dois a dois recorrendo ao teste de Mann-Whitney.

No Quadro 3 indicam-se os resultados relativos à comparação das respostas dos pais das crianças com FQ (G2) e dos pais das crianças SP (G4). Verifica-se que não existem diferenças significativas entre os grupos em nenhuma sub-

QUADRO 2

Comparação das Respostas do G1 (Problemática Emocional), do G2 (Fibrose Quística), do G3 (Doença Celiaca) e do G4 (Sem Problemas Físicos ou Psicológicos) (Teste H, Kruskal-Wallis)

SUBESCALAS	SOMA DAS ORDENS				H	p
	G1 (N=15)	G2 (N=14)	G3 (n=13)	G4 (n=15)		
A	536	380.5	407.5	329	5.642623	.1304
B	474	400	473.5	305.5	7.14187	.0675
C	528	311	483.5	330.5	10.43157*	0.152
D	566.5	328.5	434.5	323.5	9.725875*	.0211
E	454.5	308.5	461	429	4.563321	.2067
F	400	448.5	485	319.5	7.285506	.0634
G	640	319	309	385	14.18645*	.0027
H	521	355	396	381	3.285181	.3497
I	453	346	457	397	3.198638	.3620
J	562.5	351	439	300.5	10.23724*	.0167
L	498	395	396	364	2.329886	.5068
M	560.5	311.5	439	342	9.34771*	.0250
N	556	401.5	343.5	352	5.616245	.1319
O	558	352	463.5	279.5	12.51433*	.0058
DOM. CR.	550	367.5	460	275.5	11.67477*	.0086
DOM. PAIS	586.5	312.5	440.5	313.5	12.53216*	.0058
TOTAL	591.5	333	447.5	281	14.43924*	.0024
AV	606.5	374.5	289	383	10.26965*	.0164

* valor significativo

escala ou Domínio, o que denota que os pais das crianças com FQ não se distinguem significativamente dos pais das crianças SP relativamente às características avaliadas pelo ISP. Comparativamente com o estudo anterior de Santos e Lara (no prelo), existe uma pequena alteração, já que nele se tinha encontrado uma diferença significativa para a subescala F (*Exigência*) (com resultados mais elevados para os pais das crianças com FQ), que agora não chega a atingir significância estatística. É possível que tal facto se deva à exclusão dos sujeitos mais velhos (acima dos 10 anos), já que eles apresentavam maior dano físico. Também a redução na variabilidade ao nível da duração da doença e da disparidade no número de sujeitos entre os diferentes grupos (com doença/saudável) poderá concorrer para este dado.

Os resultados respeitantes à comparação das respostas dos pais das crianças com DC (G3) e

dos pais das crianças SP (G4) são apresentados no Quadro 4. Observa-se que existem diferenças significativas para as subescalas B (*Reforço aos Pais*) ($p < .03$), C (*Humor*) ($p < .01$), D (*Aceitação*) ($p < .05$) e F (*Exigência*) ($p < .009$), do Domínio da Criança e para duas subescalas do Domínio Parental – J (*Restrições do Papel*) ($p < .03$) e O (*Saúde Parental*) ($p < .008$). São igualmente significativas as diferenças relativas ao *Total de Stress* ($p < .01$) e aos dois Domínios (respectivamente $p < .004$ para o da Criança e $p < .05$ para o Parental). Estes resultados, comparativamente com os de Santos e Lara (no prelo), mostram que agora se obtiveram novas diferenças significativas – para as subescalas C (*Humor – Domínio da Criança*) e J (*Restrições do Papel – Domínio Parental*) e para o Domínio dos Pais. No geral, os pais das crianças com DC (comparativamente com os das crianças saudáveis) experimentam um grau de *stress* mais elevado (Total) e este pa-

QUADRO 3

Comparação das Respostas dos Pais das Crianças com Fibrose Quística (G2) e dos Pais das Crianças sem Problemas Físicos ou Psicológicos (G4) (Teste U, Mann-Whitney)

SUBESCALAS	SOMA DAS ORDENS		U	Z	p
	G2 (n=14)	G4 (n=15)			
A	226.5	208.5	88.5	-.72270	.469867
B	239	196	76	-1.28041	.200409
C	206.5	228.5	101.5	-.15516	.876696
D	217.5	217.5	97.5	-.32875	.742349
E	181	254	76	-1.26926	.204356
F	248	187	67	-1.66462	.095999
G	201.5	233.5	96.5	-.37346	.708807
H	207	228	102	-.13114	.895665
I	200	235	95	-.44086	.659321
J	235	200	80	-1.09924	.271671
L	224.5	210.5	90.5	-.63645	.524489
M	206.5	228.5	101.5	-.95143	.341392
N	231.5	203.5	83.5	-.95143	.341392
O	236.5	198.5	78.5	-1.17151	.241402
DOM. CR.	235	200	80	-1.09163	.275005
DOM. PAIS	213	222	102	-.13114	.895665
TOTAL	224.5	210.5	90.5	-.63299	.526746
AV	216	219	99	-.26412	.791693

rece emergir não só das características da criança (Domínio da Criança) – tal como se verificara antes – mas decorre também de características dos próprios pais (Domínio Parental). Mais uma vez, estes pais, (quando comparados com os das crianças saudáveis) parecem sentir-se menos reforçados no seu papel parental (subescala B – *Reforço aos Pais*), percebem a criança como colocando mais pressões e exigências do que esperavam (subescala F – *Exigência*) e como possuindo características de relação, comportamento e competência diferentes das que desejavam, o que dificulta a sua aceitação (subescala D – *Aceitação*). Há agora a acrescentar que eles também apreciam a criança como tendo características de humor (implicativa, mal-disposta, chorona) que não os satisfaz (subescala C – *Humor*). Por outro lado, se continua a sobressair que os pais se percebem como mais frágeis do ponto de vista físico (comparativamente com os pais das crianças saudáveis) (subescala O –

Saúde Parental), é agora também patente que eles parecem sentir que o papel parental coloca importantes restrições nas suas vidas (subescala J – *Restrições do Papel*), interferindo na sua disponibilidade para outros papéis.

Do Quadro 5 constam os resultados inerentes à comparação das respostas dos pais das crianças com PE (G1) e dos pais das crianças SP (G4). Curiosamente, é da comparação destes dois grupos que se salienta o maior número de diferenças significativas. Estas ocorrem não só ao nível dos Domínios (Domínio da Criança – $p < .003$; Domínio Parental – $p < .002$) e do *Total de Stress* ($p < .0005$), como em quase todas as subescalas do Domínio da Criança (exceção para as subescalas F – *Exigência* e E – *Maleabilidade de Adaptação*) e ainda na maioria das subescalas do Domínio Parental: J – *Restrições do Papel* ($p < .008$), M – *Relação Marido/Mulher* ($p < .01$), N – *Isolamento Social* ($p < .03$) e O – *Saúde Parental* ($p < .003$). É também significativa a dife-

QUADRO 4

Comparação das Respostas dos Pais das Crianças com Doença Celiaca (G3) e dos Pais das Crianças sem Problemas Físicos ou Psicológicos (G4) (Teste U, Mann-Whitney)

SUBESCALAS	SOMA DAS ORDENS		U	Z	p
	G3 (n=13)	G4 (n=15)			
A	218.5	187.5	67.5	-1.38901	.164839
B	234	172	52.0	-2.13580*	.032703
C	242.5	163.5	43.5	-2.51945*	.011759
D	231.5	174.5	54.5	-1.98790*	.046832
E	215	191	71.0	-1.22815	.219400
F	244.5	161.5	41.5	-2.59605*	.009434
G	184.5	221.5	93.5	-.18548	.852851
H	208.5	197.5	77.5	-.92397	.355511
I	223	183	63.0	-1.60515	.108471
J	234.5	171.5	51.5	-2.13041*	.033146
L	205	201	81.0	-.76661	.443319
M	223.5	182.5	62.5	-1.61850	.105567
N	197.5	208.5	88.5	-.41944	.674900
O	245.5	160.5	40.5	-2.64608*	.008147
DOM. CR.	250.5	155.5	35.5	-2.85918*	.004250
DOM. PAIS	231	175	55.0	-1.95992*	.004250
TOTAL	244	162	42.0	-2.55698*	.010563
AV	183	223	92.0	-.25497	.798748

* valor significativo

rença relativa à escala que engloba acontecimentos de vida ($p < .03$), denotando existir, nestes pais, um maior *stress* a este nível.

Os resultados mais elevados obtidos pelos pais das crianças com PE (quando comparados com das crianças SP) sugerem que eles se sentem pouco reforçados no seu papel parental (subescala B – *Reforço aos Pais*), percebendo a criança como não correspondendo exactamente às suas expectativas (subescala D – *Aceitação*), com um comportamento de tipo hiperactivo (subescala A – *Hiperactividade/Distracção*) e um humor difícil (subescala C – *Humor*), e colocando problemas ao nível da autonomia (subescala G – *Autonomia*). Por seu turno, os pais percebem-se com baixa resistência física (subescala O – *Saúde Parental*) e sentem que o papel parental restringe a sua liberdade pessoal (subescala J – *Restrições do Papel*). Em termos do apoio social, não só apontam maior

isolamento social (subescala N – *Isolamento Social*) e menor ajuda para cumprir as exigências do seu papel, como percebem o conjuge como facultando menor suporte/ajuda e cooperação do que esperavam (subescala M – *Relação Marido/Mulher*).

A diferença significativa ocorrida relativamente à subescala G (*Autonomia*), nova na versão portuguesa do PSI, mostra que, ao contrário do que acontece para as crianças sem problemas físicos ou psicológicos (ver Santos, 1990) e para as crianças com doença crónica (quer no trabalho de Santos e Lara, quer no actual), esta área parece ser geradora de *stress* para os pais das crianças com PE.

Apesar de não se apresentarem Quadros com os resultados respeitantes à comparação do G1 (PE) com os grupos com doença crónica (G2 – FQ; G3 – DC), é interessante mencionar que, em termos estatísticos, a comparação com o G3

QUADRO 5

Comparação das Respostas dos Pais das Crianças com Problemática Emocional (G1) e dos Pais das Crianças sem Problemas Físicos ou Psicológicos (G4) (Teste U, Mann-Whitney)

SUBESCALAS	SOMA DAS ORDENS		U	Z	p
	G1 (n=15)	G4 (n=15)			
A	292	173	53.0	-2.47705*	.013252
B	287.5	177.5	57.5	-2.30396*	.021231
C	286.5	178.5	58.5	-2.26104*	.023763
D	293.5	171.5	51.5	-2.53581*	.011223
E	241	224	104.0	-.35474	.722786
F	254	211	91.0	-.89547	.370542
G	295	170	50.0	-2.60956*	.009070
H	269.5	195.5	75.5	-1.53880	.123863
I	246	219	99.0	-.56571	.571595
J	296	169	49.0	-2.64982*	.008057
L	272.5	192.5	72.5	-1.66862	.095203
M	294	171	51.0	-2.55717*	.010557
N	285	180	60.0	-2.19154*	.028420
O	304.5	160.5	40.5	-3.00486*	.002659
DOM. CR.	305	160	40.0	-3.00850*	.002627
DOM. PAIS	308.5	156.5	36.5	-3.15620*	.001600
TOTAL	316.5	148.5	28.5	-3.48532*	.000492
AV	284	181	61.0	-2.14353*	.032079

* valor significativo

(DC) conduz a diferenças significativas apenas para a subescala G (*Autonomia*, do Domínio da Criança, $p < .002$) e para a escala de *Stress de Vida* ($p < .001$), obtendo o grupo com PE resultados mais elevados em ambas. Por seu turno, quando a comparação engloba o grupo com FQ, ocorrem diferenças significativas para várias subescalas (C – *Humor*, $p < .05$, D – *Aceitação*, $p < .02$ e G – *Autonomia*, $p < .0008$, todas do Domínio da Criança, e ainda J – *Restrições do Papel*, $p < .03$, M – *Relação Marido/Mulher*, $p < .01$ e O – *Saúde Parental*, $p < .04$, todas do Domínio dos Pais), para o Domínio Parental ($p < .006$), *Total de Stress* ($p < .02$) e escala de *Stress de Vida* ($p < .03$), obtendo novamente o grupo com PE resultados mais elevados. Estes resultados indicam que o grupo com PE parece ter características mais próximas das características do grupo com DC do que das do grupo com FQ.

5. DISCUSSÃO

No que concerne ao objectivo I deste estudo, verifica-se que, no geral, os resultados decorrentes da comparação dos grupos com doença crónica com o grupo saudável, vêm no mesmo sentido dos obtidos no estudo anterior de Santos e Lara (no prelo), ainda que se tenham verificado algumas diferenças, relativamente às áreas de stress em causa (para o grupo com FQ, a subescala F – *Exigência* – deixou de apresentar um valor significativo; para o grupo com DC observam-se 9 diferenças significativas e não apenas 6). No entanto, a tendência anteriormente apontada pelos resultados mantém-se, observando-se, mais uma vez, que o grupo de pais de crianças com DC se diferencia do grupo SP num maior número de áreas de *stress* do que o grupo com FQ (o qual, aliás, no presente estudo

não se diferencia em nenhuma área do grupo SP), ainda que aquela doença seja, aparentemente, de menor gravidade nas suas consequências do que o é a FQ, visto que se se fizer um controlo da dieta (sem glúten) a criança pode ter uma vida normal, não havendo o risco de agravamento súbito da doença. Os resultados respeitantes ao grupo com FQ continuam a ser surpreendentes, tendo em conta as características da doença, o que poderá mostrar, tal como foi aventado no estudo anterior, que os pais das crianças com FQ, após o período inicial de choque face ao diagnóstico (que é comum acontecer), tendem a experienciar menos *stress* ao longo do tempo (Venters, 1981), desenvolvendo estratégias adaptativas para lidar com o *stress* associado à doença, aspectos que são documentados em muita da literatura científica ligada ao tema (e.g., Cowen, Corey, Keenan, Simmons, Arndt & Levison, 1985; Cowen, Mok, Corey, MacMillan, Simmons & Levison, 1986; Gibson, 1986; Phillips, Bohannon, Gayton & Friedman, 1985; Stullenbarger, Norris, Edgil & Prosser, 1987; Venters, 1981). A família parece otimizar os recursos externos e internos disponíveis e, eventualmente, desenfaturar os aspectos associados à vulnerabilidade familiar em prol dos aspectos gratificantes e positivos (ver Stullenbarger et al., 1987).

Os resultados obtidos pelo grupo com DC reforçam os anteriormente alcançados, permitindo mesmo captar novas áreas de *stress* (associadas com as características do humor da criança e com as restrições provocadas pelo papel parental), eventualmente pelo facto deste estudo ter um melhor controlo de algumas variáveis.

No que se refere ao segundo objectivo apontado, constata-se que os pais das crianças com PE, quando comparados com os pais das crianças SP, distinguem-se deles em numerosas áreas. Obtêm resultados que, no seu conjunto, são próximos dos encontrados para os pais das crianças com DC (se bem que os primeiros remetam para um maior número de áreas de *stress*). Com efeito, verifica-se que, em ambos os grupos, as vertentes do *stress* no Domínio da Criança se relacionam com variáveis de temperamento (*Humor e Hiperactividade/Distracção*, no caso do Grupo 1; *Humor e Exigência* no caso do Grupo 3), com a aceitação da criança, que remete para as expectativas dos pais face a ela (subescala D -

Aceitação) e com o sentimento de ser reforçado no seu papel parental (subescala B - *Reforço aos Pais*); o Grupo 1 distingue-se ainda na subescala *Autonomia*. No *Domínio Parental*, as áreas de *stress* advêm de variáveis com contributo importante para o *stress* parental, nomeadamente isolamento social, características da relação marido-mulher, saúde parental e restrições de vida provocadas pelo papel parental, para o Grupo 1 (PE); o Grupo 3 (DC) apenas se distingue nas duas últimas áreas mencionadas.

Estes resultados indicam que os pais das crianças com problemas sócio-emocionais e comportamentais experimentam um elevado nível de *stress*, parecendo ele emanar quer das características da criança, quer de variáveis parentais, sendo estas sobretudo de cariz situacional. Por outro lado, os resultados sugerem, mais uma vez, a necessidade de se desenvolver investigação que ajude a esclarecer as características do funcionamento da criança com DC e das suas famílias, parecendo existir alguma consonância com a informação clínica que alerta para a presença de alterações de comportamento nestas crianças.

De salientar ainda que o grupo com PE refere um maior número de acontecimentos de vida (aliás é o único caso em que ocorre uma diferença significativa para a escala de *Stress de Vida*, quando da comparação com o grupo SP), o que contribui certamente para aumentar o grau de *stress*, dificultando o funcionamento familiar. Recorde-se também que este grupo é o que integra uma maioria de pais de nível sócio-económico baixo, o que poderá concorrer para a compreensão dos resultados, já que se sabe que a classe social pode potencializar os efeitos dos acontecimentos de vida. Na verdade, não só os pais das crianças oriundas daqueles meios referem maior número de problemas de comportamento e menor competência social nos filhos, comparativamente com os pais de níveis sócio-económicos mais diferenciados (Achenbach & Edelbrock, 1981), como as crianças de meios sócio-económicos desfavorecidos têm maior probabilidade de apresentar problemas de desenvolvimento, sociais, e educacionais (e.g., Keogh, 1986; Kornberg & Caplan, 1980), o que por sua vez aumenta a probabilidade de ocorrerem dificuldades específicas de aprendizagem (presentes, aliás, na maioria das crianças do Grupo

com PE).

No geral, o conjunto dos resultados obtidos parece sugerir que as respostas dos pais das crianças com DC apresentam alguma proximidade com as respostas dos pais das crianças com PE, o mesmo acontecendo relativamente às respostas dos pais das crianças com FQ e das crianças SP.

Por fim, uma palavra ainda para o facto da subescala G (*Autonomia*) distinguir o grupo com PE e o grupo SP. É de salientar que quando do estudo da adaptação portuguesa do PSI (Santos, 1990) esta escala revelou possuir uma consistência interna muito fraca. Decidiu-se, no entanto, mantê-la com todos os itens (mesmo os não significativos), com o intuito de averiguar qual o seu comportamento face a amostras de crianças com outras características. Constatase agora que a subescala G inclui conteúdos que parecem relevantes para avaliar o stress manifestado nesta área pelos pais das crianças com PE.

Em suma, no que respeita ao primeiro objectivo, os resultados obtidos foram, no geral, no sentido desejado, confirmando a tendência verificada no trabalho anterior; em relação ao segundo objectivo, foi possível descrever as características do *stress* parental face a crianças com problemas emocionais, sugerindo os dados a pertinência de se aprofundar o estudo com estas crianças. Chama-se, contudo, a atenção para a necessidade de que todos os resultados sejam encarados com precaução, na medida em que o ISP está ainda em estudo, não existindo, para já, normas para a população portuguesa.

BIBLIOGRAFIA

- Abidin, R.R. (1983). *Parenting Stress Index*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46(1, Serial No. 188).
- Adrian, C. & Hammen, C. (1993). Stress exposure and stress generation in children of depressed mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2): 354-359.
- Anderson, C.A. & Hammen, C.L. (1993). Psychosocial outcomes of children of unipolar depressed, bipolar, medically ill and normal women: a longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3): 448-454.
- Baldwin, A.L., Cole, R.E. & Baldwin, C.P. (1982). Parental pathology, family interaction, and the competence of child in school. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 47(5, Serial No. 197).
- Bentley, A.C. (1988). A survey of celiac-sprue patients: effect of dietary restrictions on religious practices. *The Journal of General Psychology*, 115(1): 7-14.
- Bloom, B.L., Asher, S.J. & White, S.W. (1978). Marital disruption as a stressor: a review and analysis. *Psychological Bulletin*, 85 (4): 867-894.
- Bouchard, C. & Drapeau, S. (1991). Psychological adjustment of children from separated families: the role of selected social variables. *The Journal of Primary Prevention*, 11(4): 259-276.
- Bronfenbrenner, V. & Crouter, A.C. (1983). The evolution of environmental models in developmental research. In *Handbook of Child Psychology: Vol. 1. History, theory and methods* (W. Kessen, Ed.), pp. 375-414, New York: Wiley.
- Buss, D.M. (1981). Predicting parent-child interactions from children's activity level. *Developmental Psychology*, 17(1): 59-65.
- Cappelli, M., McGrath, P.J., MacDonald, N.E., Katsanis, J. & Lascelles, M. (1989). Parental care and overprotection of children with cystic fibrosis. *British Journal of Medical Psychology*, 62: 281-289.
- Compas, B.E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 7: 275-302.
- Cowen, L., Corey, M., Keenan, N., Simmons, R., Arndt, E. & Levison, H. (1985). Family adaptation and psychological adjustment to cystic fibrosis in the preschool child. *Soc. Sci. Med.*, 20(6): 553-560.
- Cowen, L., Mok, J., Corey, M., MacMillan, H., Simmons, R. & Levison, H. (1986). Psychologic adjustment of the family with a member who has cystic fibrosis. *Pediatrics*, 77(5): 745-753.
- Cowen, E.L., Weissberg, R.P. & Guare, J. (1984). Differentiating attributes of children referred to a school mental health program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12(3): 397-410.
- Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (1986). Some issues in research on stressful life events. In *Handbook of clinical health psychology* (T. Millon, C. Green & R. Meagher, Eds.), pp. 91-102, New York: Plenum Press.
- Drotar, D., Doershuk, C.F., Stern, R.C., Boat, T.F., Boyer, W. & Matthews, L. (1981). Psychological functioning of children with cystic fibrosis. *Pediatrics*, 67(3): 338-343.

- Emery, R.E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92(2): 310-330.
- Felner, R.D., Farber, S.S. & Primavera, J. (1983). Transitions and stressful life events: a model for primary prevention. In Preventive psychology: theory, research and practice (R.D. Felner, L.A. Jason, J.N. Moritsugu & S.S. Farber, Eds.), pp. 199-215, New York: Pergamon Press.
- Felner, R.D., Ginter, M.A., Boike, M.F. & Cowen, E.L. (1981). Parental death or divorce and the school adjustment of young children. *American Journal of Community Psychology*, 9(2): 181-191.
- Fincham, F.D. & Osborne, L.N. (1993). Marital conflict and children: retrospective and prospect. *Clinical Psychological Review*, 13: 75-88.
- Gibson, C.H. (1986). How parents cope with a child with cystic fibrosis. *Nursing Papers/Perspectives in nursing*, 18(3): 31-45.
- Goodman, S.H., Brogan, D., Lynch, M.E. & Fielding, B. (1993). Social and emotional competence in children of depressed mothers. *Child Development*, 64: 516-531.
- Hetherington, E.M., Stanley-Hagan, M. & Anderson E.R. (1989). Marital transitions. A child's perspective. *American Psychologist*, 44(2): 303-312.
- Johnson, M.R., Gershowitz, M. & Stabler, B. (1981). Maternal compliance and children's self-concept in cystic fibrosis. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2(1): 5-8.
- Kaslow, N. J., Deering, C. G. & Racusin, G.R. (1994). Depressed children and their families. *Clinical Psychology Review*, 14(1): 39-59.
- Katz, L.F. & Gottman, J.M. (1993). Patterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors. *Developmental Psychology*, 29(6): 940-950.
- Keogh, B.K. (1986). Future of the LD field: research and practice. *Journal of Learning Disabilities*, 19(8): 455-460.
- Kinston, W. & Loader, P. (1986). Preliminary psychometric evaluation of a standardized clinical family interview. *Journal of Family Therapy*, 8: 351-369.
- Kinston, W., Loader, P. & Miller, L. (1988). Talking to families about obesity: a controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 7(2): 261-275.
- Koocher, G.P., Gudas, L.J. & McGrath (1992). Behavioral aspects of cystic fibrosis. *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics*, 10: 195-220.
- Kornberg, M.S. & Caplan, G. (1980). Risk factors and preventive intervention in child psychopathology: a review. *Journal of Prevention*, 1(2): 71-133.
- Lara, E.M. (1992). *Fibrose Quística: alterações psicopatológicas e consequências familiares*. Provas de Doutoramento apresentadas à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa .
- Lawler, R., Nakielny, W. & Wright, N. (1966). Psychological implications of cystic fibrosis. *Canadian Medical Association Journal*, 94: 1043-1046.
- Levison, H., Garner, D., MacMillan, H. & Cowen, L. (1987). Living with cystic fibrosis: patient, family and physician realities. *Comprehensive therapy*, 13(10): 38-45.
- Lewis, B.L. & Khaw, K.-T. (1982). Family functioning as mediating variable affecting psychosocial adjustment of children with cystic fibrosis. *The Journal of Pediatrics*, 101(4): 636-640.
- Maccoby, E. E. & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In *Handbook of Child Psychology: Vol. 4. Social and personality development* (E.M. Hetherington, Ed.), pp. 1-101, New York: Wiley.
- Mash, E.J. & Jonhston, C. (1983a). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mother's reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(1): 86-99.
- Mash, E.J. & Jonhston, C. (1983b). The prediction of mother's behavior with their hyperactive children during play and task situations. *Child & Family Behavior Therapy*, 5(2): 1-14.
- McCollum, A.T. & Gibson, L.E. (1970). Family adaptation to the child with cystic fibrosis. *The Journal of Pediatrics*, 77(4): 571-578.
- McKinney, B. & Peterson, R.A. (1987). Predictors of stress in parents of developmentally disabled children. *Journal of Pediatric Psychology*, 12(1): 133-150.
- Phillips, S., Bohannon, W.E., Gayton, W.F. & Friedman, S.B. (1985). Parent interview findings regarding the impact of cystic fibrosis on families. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 6(3): 122-127.
- Quittner, A.L., Gluechauf, R.L., & Jackson, D.N. (1990). Chronic parenting stress: moderating versus mediating effects of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6): 1266-1278.
- Richman, N., Stevenson, J. & Graham, P.J. (1982). *Preschool to school: a behavioral study*. New York: Academic Press.
- Rutter, M. (1985). Family and school influences on behavioral development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26(3): 349-368.
- Santos, S.V. (1990). Índice de Stress Parental (ISP): *Estudo-Piloto da adaptação portuguesa, para crianças em idade escolar, do Parenting Stress Index (PSI)*. Provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica, apresentadas na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Santos, S.V. (1992). Adaptação portuguesa, para crianças em idade escolar, do Parenting Stress Index (PSI): resultados preliminares. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 28: 115-132.

- Santos, S.V. & Lara, E. (no prelo). *Stress parental e doença crónica na criança*. Primeiras Jornadas de Estudo da Sociedade Portuguesa de Psicologia: Psicologia, Portugal e a Europa.
- Sarason, I.G., Levine, H.M. & Sarason, B.R. (1986). Assessing the impact of life changes. In *Handbook of clinical health psychology* (T. Millon, C. Green & R. Meagher, Eds.), pp. 377-399, New York: Plenum Press.
- Simila, S. & Kokkonen, J. (1990). Coexistence of celiac disease and Down Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 95(1): 120-122.
- Simons, R.L., Lorenz, F.O., Wu, C-I, & Conger, R.D. (1993). Social network and marital support as mediators and moderators of the impact of stress and depression on parental behavior. *Developmental Psychology*, 29(2): 368-381.
- Stullenbarger, B., Norris, J., Edgil, A.E. & Prosser, M.J. (1987). Family adaptation to cystic fibrosis. *Pediatric Nursing*, 13(1): 29-31.
- Tropaner, A., Franz, M. & Dilgard, V. (1970). Psychological aspects of the care of children with cystic fibrosis. *American Journal of Diseases of Children*, 119: 424-432.
- Venters, M. (1981). Familial coping with chronic and severe childhood illness: the case of cystic fibrosis. *Soc. Sci. Med.*, 15A: 289-297.
- Weintraub, S., Winters, K.C. & Neale, J.M. (1986). Competence and vulnerability in children with an affectively disordered parent. In *Depression in young people* (M. Rutter, C.E. Izard & P.B. Read, Eds.), pp. 205-220, New York: Guilford Press.

RESUMO

Apresentam-se os resultados relativos à aplicação da versão portuguesa do *Parenting Stress Index* (Abidin, 1983) a quatro grupos de sujeitos constituídos por pais de crianças com Problemática Emocional (n=15), com Fibrose Quística (n=14), com Doença Celíaca (n=13) e Sem Problemas Físicos ou Psicológicos (n=15). Pretende-se averiguar: (1) se as respostas dos pais das crianças com doença crónica se diferenciam das respostas dos pais das crianças saudáveis de forma comparável à encontrada em estudo anterior (Santos e Lara, no prelo), tendo em conta que agora se controlaram algumas variáveis de um modo mais rigoroso; (2) qual o tipo de respostas dadas pelos pais das crianças com Problemática Emocional e se elas se diferenciam das respostas dos outros três grupos. Os resultados obtidos confirmam que os pais das crianças com Doença Celíaca apresentam maior número de áreas de stress do que os pais das crianças com Fibrose Quística, quando comparados com o grupo Sem Problemas Físicos ou Psicológicos. O grupo com Problemática Emocional diferencia-se substancialmente do grupo Sem Problemas e também do grupo

com Fibrose Quística (ainda que em menos áreas), sendo, no entanto, escassas as diferenças relativamente ao grupo com Doença Celíaca.

ABSTRACT

This article presents the results of the application of the portuguese version of the Parenting Stress Index (Abidin, 1983) to four groups of parents of children with different characteristics: Emotional Problematic (n=15), Cystic Fibrosis (n=14), Celiac Disease (n=13), and Without Physical or Psychological Problems (n=15). The author pretends identify: (1) if the answers of chronic disease children's parents will be different from the answers of healthy children's parents in the same way as observed in a previous study (Santos and Lara, in press), as the present study introduced a more rigorous control of some variables; (2) what kind of answers are given by parents of Emotional Problematic children and if these answers will be different from the one's given by other groups. The results confirm that the parents of Celiac Disease children present a greater number of stress areas than the Cystic Fibrosis parents, when compared with the group Without Problems. The Emotional Problematic group differentiated greatly from Without Problems and Cystic Fibrosis groups (in less stress areas in the last one), however the differences related with Celiac Disease group are of a lesser extent.

RESUME

L'auteur présente les résultats de l'application de la version portugaise du Parenting Stress Index (Abidin, 1983) à quatre groupes de parents d'enfants avec: Problématique Emotionnelle (n=15), Fibrose Cystique (n=14), Maladie Coeliaque (n=13), et Sans Problèmes Physiques ou Psychologiques (n=15). L'auteur essaye d'établir: (1) si les réponses des parents d'enfants atteints de maladie chronique se différencient des réponses des parents d'enfants sains de la même façon que ce qui a été observé dans une étude antérieure (Santos et Lara, in press), puisque dans l'étude présentée on a introduit un contrôle plus rigoureux de certaines variables; (2) quel est le type de réponse donné par les parents des enfants avec Problématique Emotionnelle et si elles se différencient des réponses des autres trois groupes. Les résultats obtenus confirment que les parents d'enfants avec Maladie Coeliaque présentent un plus grand nombre de dimensions de stress que les parents d'enfants atteints de Fibrose Cystique, quand ils sont comparés avec le group Sans Problèmes Physiques ou Psychologiques. Le groupe avec Problématique Emotionnelle se différencie nettement du groupe Sans Problèmes et aussi du groupe avec Fibrose Cystique (bien qu'en moins de dimensions), alors que les différences pour le groupe avec Maladie Coeliaque sont faibles.