

1120

DM
MIXA. 1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**Comportamentos Parentais e Recurso às Urgências Pediátricas:
Estudo do Stresse Parental, Percepção de Vulnerabilidade Infantil e
Esforço Económico Familiar**

Maria de Lurdes Gonçalves Mixão



2007

C.

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

17854

26.11.08

Tel: 21 200 02 00 Fax: 21 200 02 01

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da Professora Doutora Isabel Leal, e apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA, para a obtenção do grau de Mestre, na especialidade de Psicologia da Saúde, conforme a Portaria n.º 107/97 de 17 de Fevereiro para dar satisfação ao ponto “b” do n.º 2 do Art.º 5 do Decreto-Lei n.º 216/92 de 13 de Outubro.

AGRADECIMENTOS

À Professora Isabel Leal, pela sua valiosa orientação, disponibilidade e incentivo que em muito contribuiu para o meu enriquecimento e aprendizagem.

Ao Professor João Maroco pela sua imensa disponibilidade e orientação.

A todos os meus amigos pelas palavras de incentivo e amizade que sempre demonstraram.

À minha família o meu profundo agradecimento por tudo o que fazem por mim e por estarem sempre ao meu lado.

Ao João, à Mariana e ao João Manuel que em tudo contribuem para a minha felicidade.

RESUMO

Os comportamentos parentais são influenciados por múltiplas causas nomeadamente o stresse parental, a percepção de vulnerabilidade infantil e variáveis sócio-demográficas, tais como o estatuto sócio-económico. Relacionado com isto está a utilização inadequada dos serviços de saúde, mais concretamente dos serviços de urgência pediátrica, que nos últimos tempos tem gerado alguma preocupação e acarreta implicações importantes quer ao nível dos custos quer ao nível da qualidade do atendimento. São vários os estudos que referem que elevados níveis de stresse parental, elevados níveis de percepção de vulnerabilidade infantil e um baixo estatuto sócio-económico reduzem a capacidade de prestação de cuidados adequados à criança aumentando assim, a utilização dos serviços de urgência de pediatria.

A presente investigação, pretende-se averiguar se os pais que recorrem com os seus filhos ao serviço de urgência de pediatria revelam elevados níveis de percepção de vulnerabilidade infantil e quais os níveis de stresse e de esforço económico familiar, e, se estes níveis estão relacionados com variáveis sócio-demográficas da criança. Pretende ainda averiguar, quais as causas que motivaram a ida ao serviço de urgência e o motivo da escolha daquele serviço de urgência em particular.

A amostra é constituída por 416 participantes, pais e mães de crianças que recorreram ao Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) do Hospital de Santa Maria (HSM). Os instrumentos utilizados, foram a “Escala de Percepção de Vulnerabilidade Infantil”, para avaliar a percepção de vulnerabilidade da criança; a “Escala de Stresse Parental”, para avaliar os níveis de stresse parental; a “Escala de Esforço Económico Familiar”, para avaliar os níveis de esforço económico da família, e, um questionário para recolha de informação sócio-demográfica e averiguação das causas que levaram os pais a recorrerem com as crianças ao serviço de urgência e o motivo da escolha daquele serviço.

Os resultados revelaram baixos níveis de percepção de vulnerabilidade infantil, baixos níveis de stresse parental e não foram encontrados elevados níveis de esforço económico familiar. Também não se verificou nenhum efeito

estatisticamente significativo entre os resultados das três escalas e as variáveis sócio-demográficas da nossa amostra. Verificou-se que a maioria (29,3%) das crianças que recorrem ao SUP é por febre, cefaleias, para fazerem análises laboratoriais, ou porque os pais estavam preocupados com a sua saúde. A maioria (25,7%) escolheu o SUP do HSM por ser considerado o hospital da sua área de residência, 13,2% por estarem satisfeitos com o atendimento e 12,0% pela diferenciação técnica.

Palavras-chave: Stresse Parental, Percepção Vulnerabilidade Infantil, Factores Sócio-económicos, Urgências Pediátricas.

ABSTRACT

Parental behaviors are influenced by multiple causes such as parental stress, the perception of child's vulnerability and socio-demographic variables, as social economic status. In relation with these factors is the inadequate use of health services, more specifically, pediatric emergencies units, that in the last years they have generated some concern implicating bigger costs and poorer quality in attending children and families. There are several studies made referring that high levels of parental stress, high levels of perception of child vulnerability and a low social economic status decrease the quality of general health care services, increasing the usage of pediatric emergency units.

The present research is being made to determine if parents, who go with their sons to the pediatric emergency units, show high levels of perception of child vulnerability, what levels of stress and economic family effort and if these levels are in relation with social demographic variables of the child. We also are studying the causes that motivate the going to the emergency service unit and the choice of such emergency service unit in particular.

The sample is made by 416 participants, parents and mothers of children that under went to pediatric emergency services of "Hospital de Santa Maria". The instruments used are the "Scale of Perception of Child Vulnerability", to assess the perception of vulnerability of the child; the "Parental Stress Scale", to assess the levels of parental stress; the "Economic Family Effort Scale", to evaluate the different levels of economic effort of the family and a questionnaire, to retrieve socio-demographic information and the determination of the causes that lead to parents to go with children to such emergency unit service and the reason of such choice.

The results showed that low levels of perception of child vulnerability, low parental stress and low economic family effort. Also there wasn't any significant statistic effect between the results of the 3 scales and the socio-demographic variables of our sample. We determined that the majority (29,3%) of the children who went to the pediatric emergency services, went there to be assisted for fever, headaches and also to do lab analysis, or because parents were worried with the infants health. Also the majority of children attended in emergency pediatric units

where assisted at "Hospital de Santa Maria" (25,7%) because it is considered their residence area hospital, (13,2%) where satisfied with the attending and 12% for the technical support.

Key Words: Parental Stress, Perception of Child Vulnerability, Social Economic Factors, Pediatric Emergency Units.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
A Recorrência às Urgências de Pediatria.....	3
Stresse e a Adaptação Parental.....	8
Percepção de Vulnerabilidade Infantil e Factores Económicos	19
METODO.....	22
Objectivos.....	22
Participantes.....	23
Desenho da Investigação	26
Material.....	27
Procedimento.....	40
RESULTADOS	42
DISCUSSÃO	51
REFERÊNCIAS	53
ANEXOS	59
Anexo I – Escalas, Questionário Demográfico e Termo de Consentimento informado	
Anexo II – Análise Factorial e Análise de Consistência Interna da Escala de Percepção de Vulnerabilidade Infantil	
Anexo III – Análise Factorial e Análise de Consistência Interna da Escala de Stresse Parental	

Anexo IV – Análise Factorial e Análise de Consistência Interna da Escala de Esforço Económico Familiar

Anexo V – Autorização da Instituição para a realização do estudo

Anexo VI – MANOVA (Acompanhamento – Posição na Fratria)

Anexo VII – MANOVA (Sexo – Idade – Acompanhamento)

Anexo VIII – MANOVA (Número Irmãos – Posição na Fratria)

Anexo IX – Análise Correlacional

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Stresse e os processos que o constituem <i>in</i> Ramos 2001	12
Figura 2 – Acompanhamento da criança ao SUP	24
Figura 3 – Idade das crianças que recorreram ao SUP	24
Figura 4 – Sexo das crianças que recorreram ao SUP	25
Figura 5 – Número de irmãos das crianças que recorreram ao SUP	25
Figura 6 – Posição na fratria das crianças que recorreram ao SUP	26

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Total de Variância Explicada (Escala de Percepção de Vulnerabilidade Infantil)	28
Tabela 2 – Alfa de Cronbach (Escala de Percepção de Vulnerabilidade Infantil)	29
Tabela 3 – Classificação dos níveis de percepção de vulnerabilidade infantil (Escala de Percepção de Vulnerabilidade Infantil).....	29
Tabela 4 – Estrutura da escala – “The Parental Stress Scale”	30
Tabela 5 – Total de Variância Explicada (Escala de Stresse Parental)	31
Tabela 6 – Loadings dos quatro factores – solução após a rotação dos factores (Escala de Stresse Parental)	32
Tabela 7 – Estrutura da Escala de Stresse Parental.....	33
Tabela 8 – Alfa de Cronbach (Escala de Stresse Parental)	33
Tabela 9 – Alfa de Cronbach – Factor I (Escala de Stresse Parental)	33
Tabela 10 – Alfa de Cronbach – Factor II (Escala de Stresse Parental)	33
Tabela 11 – Alfa de Cronbach – Factor III (Escala de Stresse Parental).....	34
Tabela 12 – Alfa de Cronbach – Factor IV (Escala de Stresse Parental)	34
Tabela 13 – Classificação dos níveis de stresse (Escala de Stresse Parental).....	34
Tabela 14 – Total de Variância Explicada (Escala de Esforço Económico Familiar)	36

Tabela 15 – Alfa de Cronbach (Escala de Esforço Económico Familiar).....	36
Tabela 16 – Classificação dos níveis de esforço económico (Escala de Esforço Económico Familiar).....	37
Tabela 17 – Classificação quanto às causas porque ocorreram ao SUP	38
Tabela 18 – Classificação quanto à escolha do SUP	39
Tabela 19 – Dia de admissão na Urgência	40
Tabela 20 – Hora de Admissão na Urgência	41
Tabela 21 – Média dos níveis de percepção de vulnerabilidade Infantil.....	42
Tabela 22 – Frequência dos níveis de percepção de vulnerabilidade Infantil.....	43
Tabela 23 – Categorias dos níveis de percepção de vulnerabilidade Infantil	44
Tabela 24 – Média dos níveis de stresse parental	44
Tabela 25 – Frequência dos níveis de stresse parental	45
Tabela 26 – Categorias dos níveis de stresse parental.....	46
Tabela 27 – Média dos níveis de esforço económico familiar	46
Tabela 28 – Frequência dos níveis de esforço económico familiar	47
Tabela 29 – Categorias de esforço económico familiar.....	48
Tabela 30 – Causas da ida ao SUP.....	49
Tabela 31 – Motivo da escolha do SUP do HSM	50

INTRODUÇÃO

A utilização dos Serviços de Urgência Hospitalares, mais concretamente dos Serviços de Urgência de Pediatria (SUP), tem gerado alguma preocupação especialmente devido ao aumento do afluxo de doentes em situações que o não justifiquem.

A utilização inadequada de um serviço de urgência acarreta implicações importantes quer ao nível dos custos quer ao nível da qualidade do atendimento, contribuindo por um lado para o descalabro financeiro dos sistemas de saúde e por outro para um baixo nível de satisfação quer dos utentes quer dos profissionais de saúde.

A utilização dos serviços de urgência nestas circunstâncias, envolve um conjunto abrangente de factores. Quando os utentes destas urgências são crianças pequenas levadas necessariamente pelos pais, torna-se necessário perceber as razões porque tal acontece. Torna-se fundamental esclarecer se este recurso às urgências se prende com a percepção que os pais têm da situação dos seus filhos ou se alternativamente se deve procurar outro tipo de respostas.

De acordo com a literatura, o comportamento parental é influenciado pelo excesso de preocupação e por uma elevada percepção de vulnerabilidade da sua criança (Anthony, Gil & Schanberg, 2003), originando por isso uma maior e inadequada utilização dos serviços de saúde (Kemper, Forsyth & McCarthy, 1989).

Desta forma, o stresse parental e a percepção de vulnerabilidade que os pais têm dos seus filhos devem ser variáveis importantes a ter em conta aquando da utilização dos serviços de saúde.

O stresse define uma situação de desajustamento entre a pessoa e o mundo, mais precisamente ente as exigências do mundo e as suas capacidades de resposta. São múltiplas as situações que podem ser indutoras de stresse, desde as pequenas contrariedades próprias do dia-a-dia até às mais traumáticas, provocando no organismo uma resposta global, fisiológica e psicológica (Ramos, 2005).

As mudanças do ciclo de vida, o início da escolaridade, a entrada no mundo do trabalho, o casamento e o nascimento dos filhos foram conceptualizados ao longo do tempo como circunstâncias indutoras de stresse (Oliveira, Pedrosa &

Canavarro, 2005). Por seu lado, o comportamento parental implica um conjunto de tarefas intensivas e a longo prazo, requerendo competências a vários níveis, sujeito a tarefas de adaptação e a sucessivas mudanças, sendo influenciado por múltiplos factores.

Os factores socio-económicos também são apontados nalguns estudos como estando relacionados com a utilização dos serviços de urgência em situações não urgentes (Mistry, Hoffmann, Yauck e Brousseau, 2005; Hafon, Newacheck e Wood1996; Ullman, Block e Stratman, 1975), estando este tipo de utilização associada a um baixo estatuto sócio-económico.

A presente investigação que é exploratória e transversal pretende averiguar se os pais que recorrem com os seus filhos ao serviço de urgência de pediatria revelam elevados níveis de percepção de vulnerabilidade infantil e quais os níveis de stresse e de esforço económico familiar.

Pretende ainda verificar se os níveis de stresse parental, os níveis de percepção de vulnerabilidade infantil e os níveis de esforço económico familiar estão relacionados com variáveis sócio-demográficas da criança.

Por fim, pretende-se ainda averiguar quais as causas que motivaram a ida ao serviço de urgência e o motivo da escolha daquele serviço de urgência em particular.

A amostra foi recolhida no Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria, entre Março e Julho de 2006. Como instrumentos utilizados, foram aplicadas as escalas “Escala de Percepção de Vulnerabilidade Infantil”, para avaliar a percepção de vulnerabilidade da criança; a “Escala de Stresse Parental”, para avaliar os níveis de stresse parental; a “Escala de Esforço Económico Familiar”, para avaliar os níveis de esforço económico da família, e, um questionário construído para o efeito para recolha de informação sócio-demográfica e averiguação das causas que levaram os pais a recorrerem com as crianças ao serviço de urgência e o motivo da escolha daquele serviço.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Recorrência às Urgências de Pediatria

O aumento de afluxo de crianças em situações não urgentes aos serviços de Urgência Pediátrica tem gerado alguma preocupação. Na Europa e em Portugal nas últimas décadas, esta questão tem vindo a ser discutida com algum ênfase.

Em Portugal, no relatório elaborado em 1993 pela Comissão Nacional de Saúde Infantil – Ministério da Saúde (CNSI – MS) o problema das urgências pediátricas é abordado como um dos maiores problemas na área da saúde da criança para o qual se torna urgente uma solução. Considerando que a problemática residia “(...) *no facto de acorrer aos serviços de urgência de Pediatria dos hospitais, centrais e distritais, um elevadíssimo número de situações clínicas que não justificariam, pelas suas características de diagnóstico e terapêutica, o recurso a esses serviços*” (CNSI – MS, 1993 pp.45) . Este relatório considera ainda que os serviços de urgência são “ (...) *locais onde a oferta é totalmente aberta, em situações de acessibilidade quase sem limitações e gratuidade quase total, não se estranha que a procura se traduza por um consumo progressivo, proporcional não só ao aumento de consumo de cuidados de saúde mas também às persistentes dificuldades de acesso às outras áreas de prestação de cuidados curativos, tanto primários como hospitalares*”. Considerou-se importante estruturar um conjunto de medidas que levassem à redução dessa procura desmedida e desnecessária.

A utilização inadequada de um serviço de urgência tem implicações importantes quer ao nível dos custos como ao nível da qualidade do atendimento.

A utilização de um serviço de urgência em situações que não o justifiquem contribui para o descalabro financeiro dos sistemas de saúde. Os cuidados de saúde prestados num Serviço de Urgência podem ser significativamente mais dispendiosos do que os cuidados de saúde prestados numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários (Phelps, Taylor, Kimmel, Nagel, Klein, Puczynski, 2000).

A função principal de um serviço de urgência é o atendimento de utentes em situação de doença grave, contudo muitas das ocorrências envolvem situações não

urgentes, sendo muitas vezes utilizado como a principal fonte de prestação de cuidados de saúde. Como consequência, um aumento da afluência aos serviços de urgência exige uma constante solicitação dos técnicos de saúde, um prolongamento maior do tempo de espera, maior insatisfação dos doentes, atraso na prestação de cuidados mais prementes e aumento dos custos. Esta grande afluência, pode colocar em risco não só as crianças que necessitam de cuidados urgentes mas também aquelas que recorrem aos serviços de urgência em vez de recorrerem aos Centros de Saúde.

Este tipo de utilização dos serviços de saúde produz efeitos, como já foi dito, não só nas despesas como na qualidade de prestação de cuidados, de diferentes maneiras. Em situações não urgentes, são os médicos de Cuidados de Saúde Primários (Médicos de Família) que estão melhor posicionados para assistir o doente, quer pela natureza do seu treino e pelo *setting* em que o doente é observado, quer tendo em conta o seu historial clínico, o contexto familiar e a resposta a tratamentos prévios, entre outros. É a cargo deles que estão os “follow-up” e os cuidados preventivos considerados importantes (Phelps et al, 2000).

Apesar dos estudos não apontarem as mesmas razões que levam as pessoas a recorrerem aos serviços de urgência em situações que o não justifiquem, é notório que a utilização desses serviços envolve um conjunto abrangente de factores. De facto, inúmeros factores estão associado à utilização inapropriada dos serviços de urgência onde se inclui o baixo estatuto socioeconómico dos utentes, o acesso limitado aos cuidados de saúde primários e falta de médicos de família, a percepção das pessoas e dos pais relativamente àquilo que constitui um serviço de urgência e a crença dos pais relativamente à percepção de gravidade da doença do filho.

Vários estudos demonstraram que a maioria das pessoas recorrem ao serviço de urgência devido à percepção da sua doença como sendo uma “verdadeira urgência” e apenas uma minoria escolhem o serviço de urgência por factores de conveniência (Guterman, Franaszek, Murdy, 1985; Kahn, Anderson, Perkoff, 1973; Oberlander, Pless, Dougherty, 1993; Levy, Bonanno, Schwartz, 1979). Em contrapartida, no estudo desenvolvido por Doobinin, Heidt-Davis, Gross e Isaacman (2003), 62,8% dos pais recorrem ao serviço de urgência pediátrica por percepcionarem o serviço como sendo o mais conveniente e apenas 33,6% por percepcionarem uma verdadeira urgência. A maioria da população (93,1%) tinha médico de família, havendo 35,2% dos pais que acreditavam ser impossível contactá-lo. Para estes pais esta foi uma das razões citadas para recorrerem ao serviço de urgência. Ainda neste estudo, seria de esperar uma percentagem baixa

na ocorrência ao serviço de urgência se os pais tivessem tido um contacto prévio com médico assistente. Contudo, uma larga maioria da população deste estudo diz ter sido referenciada para o serviço de urgência pelo seu médico assistente, apesar dos investigadores duvidarem da veracidade deste facto.

Um aspecto preocupante do resultado deste estudo refere-se ao facto de que 30% dos pais que não haviam contactado o seu médico assistente antes de recorrerem ao serviço de urgência não viam qualquer razão para o fazerem. Para estes o serviço de urgência é encarado como sendo um “produto de consumo” mais cómodo e prontamente disponível. Esta atitude determina a importância de um forte relacionamento entre os pais e o seu médico de cuidados de saúde primários no sentido de juntos encontrarem a solução mais apropriada para a criança e não a mais cómoda. (Doobinin, et al, 2003).

Muitas das ocorrências aos serviços de urgências pediátricas são “auto referenciadas” (Bowling, Issacs, Armston, Roberts, Elliott, 1987; Boyle, Smith, McIntyre, 2000; Hanson, 1993; Rothschild, Gilboa, Sagi, Berger, Wolach, 1993) constituindo para a faixa etária dos 0 aos 4 anos a maioria das ocorrências (Boyle et al, 2000; Hanson et al, 1993; Chessare, 1986; Whitehouse, Kisson, Jass, 1992), muitas vezes a situação não é urgente ou poderia ser resolvida nos Centros de Saúde ou com o médico de família (Hanson et al, 1993; Rothschild et al, 1992; Baker, Stevens, Brook, 1994; Halfon, Newacheck, Wood, St Peter, 1996; Jones, McNagny, Williams, 1999; Malone, 1998) e muitas crianças até já tinham sido observadas por outro médico (Hanson et al, 1993; Woolfenden, Ritchie, Hanson, Nossar, 2000).

Algumas das razões apontadas para se recorrer a um serviço de urgência pediátrica incluem uma percepção de maior competência dos técnicos comparativamente com os técnicos de cuidados saúde primários e o próprio local - “serviço de urgência” (Whitehouse et al, 1992; Woolfenden et al, 2000; Jessop, Stein, 1994), insatisfação com consultas médicas anteriores, expectativas relativamente à excelência técnica do *staff* e um ambiente mais propício para a criança (Woolfenden et al, 2000).

Na mesma linha, num estudo desenvolvido por Cooper, Simpson e Hanson, (2003), os investigadores concluíram que os pais recorriam aquele serviço de urgência pediátrico, em primeiro lugar devido à proximidade, mas também devido à expectativa de naquele hospital existir um grande número de outros serviços de apoio (*incluindo acesso a investigações e observações facilitadas*). A restrição no acesso aos cuidados de saúde primários, especialmente fora de horas, e a procura de uma segunda opinião, foram outras das razões apontadas.

Contrariamente, outro estudo apesar de ter revelado existir uma elevada taxa de ocorrência ao serviço de urgência, o número de ocorrências consideradas como não urgentes apenas representou uma pequena parcela do número total das ocorrências. Mas, da mesma forma, esse crescente aumento das ocorrências hospitalares reflecte dificuldades no acesso aos cuidados de saúde primários (Sharma, Simon, Bakewell, Ellerbeck, Fox, Wallace, 2000). O que nos pode levar a pensar que as pessoas utilizam os serviços de urgência hospitalares por as considerarem no momento o local mais apropriado ou os outros locais de prestação de cuidados não estarem acessíveis no momento.

No estudo de Phelps (Phelps et al, 2000) a razão mais citada para a utilização do serviço de urgência foi o facto do consultório médico estar fechado. O que sugere também, existir um motivo real ou uma percepção de falta de acessibilidade ao médico assistente. A par desta falta de acessibilidade/ dificuldade em falar com o médico assistente surge a percepção de maior ou menor gravidade que os pais têm face à doença do filho. Alguns estudos demonstram que os pais tendem a sobrestimar o estado de gravidade de doença dos filhos, o que pode justificar uma ocorrência ao serviço de urgência (Gill, Riley, 1996; Kahn, Anderson, Perkoff, 1973; Kosower, Inkelis, Seidel, 1993; Bauchner, McCarthy, Sznajderman, 1987; Turk, Litt, Salovey, Walker, 1985)

Mistry, Hoffmann, Yauck e Brousseau (2005) encontraram associações entre algumas características familiares e a utilização de serviços de urgência, tais como a pouca idade da criança e o baixo estatuto socio-económico dos pais. Demonstraram que o aumento da utilização parental do serviço de urgência está significativamente associada ao aumento da utilização das urgências pediátricas, estando esta relação mais evidente em situações não urgentes, levando os autores a sugerirem que futuras intervenções com o objectivo de optimizarem a utilização dos serviços de urgência devem focar a utilização parental e familiar das mesmas.

Também foram encontradas associações entre as características parentais e a utilização dos serviços de urgência em situações não urgentes (Hafon, et al 1996; Ullman, Block, Stratman, 1975). Estes estudos são unânimes em afirmar que este tipo de utilização dos serviços de urgência estão associados a um baixo estatuto socio-económico.

O estudo desenvolvido por Zaffani, Cuzzolin, Meneghelli, Gangemi, Murgia, Chiamenti e Benoni (2005), pretendeu investigar a influência das características das mães sobre alguns aspectos clínicos e a sua relação com os pediatras. 69,7% dos pediatras consideraram que as mães estavam muito ansiosas durante a consulta, pretendendo uma medicação (especialmente antibióticos). Contudo, apenas 9,74%

afirmaram querer uma medicação, sendo sobretudo as mais novas e com baixo nível de educação. Segundo os autores, a ansiedade materna e a interpretação dos médicos acerca das expectativas dos pais, são factores a ter em conta durante a consulta.

A relação entre os pais e os pediatras nem sempre é caracterizada por um mútuo entendimento e acordo relativamente à situação de saúde dos filhos. Eventuais preconceitos e ansiedade existente entre pais e clínicos podem influenciar a relação terapêutica, a formulação do diagnóstico e prescrição terapêutica. Por outro lado, os pediatras nem sempre são bons predictores acerca das expectativas parentais. As mães mais novas, com baixo nível de educação e com menos experiência necessitam de mais tempo, mais informação e um maior apoio dos pediatras. Têm maior tendência para solicitarem terapêutica medicamentosa, estão menos satisfeitas, são facilmente influenciáveis e mais aptas a seguirem conselhos dos *mass media* do que fontes fidedignas de informação. (Zaffani et al, 2005).

O stresse parental é também uma variável importante a ter em conta aquando da utilização dos serviços de saúde. De facto, alguns autores são da opinião de que por vezes em vez de darem aos pais uma prescrição para os seus filhos, os profissionais de saúde devem em primeiro lugar ajuda-los a lidar com o seu próprio stresse (Dunst, Leet e Trivette, 1988; McDowell, Saylor, Taylor, Boyce e Stokes, 1995), o que aponta para a necessidade de se terem em conta os níveis de stresse parental quando se for a ponderar uma intervenção terapêutica para a criança. Apesar disso, no estudo desenvolvido por Abidin e Wilfong (1989) não foi encontrada nenhuma relação entre os níveis de stresse parental vivenciados por mães de crianças com 2 anos de idade e a frequência com que recorriam aos serviços de saúde com os seus filhos.

Para que haja uma mudança na utilização dos serviços de urgência será, pois, importante que se determinem as características dos pais/utilizadores e que se percebam as razões por que recorrem a um serviço de urgência e não aos Centros de Saúde. Conhecer as características dos pais que habitualmente utilizam os serviços de urgência em situações não urgentes pode servir de guia para desenhar e implementar estratégias de intervenção (Phelps et al, 2000).

A literatura sugere que a existência de programas educacionais produz efeitos nos comportamentos parentais (Robinson, Schwartz, Magwene, Drengel, Tamburello, 1989). Informar e educar os pais acerca dos problemas de saúde mais comuns nas crianças (ex. febre) tem-se revelado eficaz na redução do número de utilização dos serviços de urgência. Pais jovens e mães solteiras podem beneficiar

de programas educacionais que os ensinem a reconhecer situações comuns de doenças e a forma como lidar com elas em casa (Phelps et al, 2000).

Contudo, também se verificou que a percentagem de utilização dos serviços de urgência, em situações não urgentes, dos filhos de enfermeiras não é inferior ao resto da população. Isto sugere que a utilização de um serviço de urgência não está directamente relacionada com o grau de informação dos utentes (Phelps et al, 2000).

Os pais têm elevadas expectativas em relação aos Serviços de Urgência Pediátrica, vendo nestes serviços a solução para os problemas de saúde dos seus filhos, quer em situação de doença aguda como crónica. É lá que estão os “peritos”, e muitas vezes sentem que houve uma falha e incapacidade dos outros serviços e técnicos para chegarem a uma conclusão, recorrendo assim ao SUP para uma segunda opinião. Todavia, do ponto de vista dos técnicos dos SUP, existe a percepção de que as expectativas dos pais e familiares são irrealistas e de que muitas vezes esperam uma solução imediata de um problema de longo prazo (Rayan, Spicer, Hyett, Barnett, 2005).

Stresse e a Adaptação Parental

“Stresse” é uma palavra de origem inglesa que significa pressão ou tensão. Pode ser assim que um leigo define a situação de stresse, que pelos investigadores já foi definida de diferentes maneiras ao longo do tempo. Os modelos de stresse variaram na sua definição, na diferente ênfase que era atribuído aos factores fisiológicos e psicológicos e nas descrições da relação entre os indivíduos e o seu meio ambiente.

Um dos primeiros modelos de stresse a ser desenvolvido foi o “modelo de luta ou fuga” desenvolvido por Cannon em 1932. Este modelo sugeria que as ameaças externas suscitavam a resposta de luta ou fuga, envolvendo uma maior taxa de actividade e excitação, sendo que, estas mudanças fisiológicas permitem ao indivíduo escapar à fonte de stresse ou então lutar. Neste modelo, o stresse é definido como uma resposta a stressores externos considerados predominantemente fisiológicos (Ogden, 1999).

Hans Selye, em 1956, foi o responsável pela primeira formulação do stresse enquanto conceito científico da Medicina em que utiliza uma coerência etimológica

e interdisciplinar entre os significados médicos e físicos do stresse. Em experiências com animais de laboratório chegou ao fenómeno de “Síndrome geral de adaptação”, definindo-a como a resposta não específica do organismo a qualquer agente nocivo. Selye definiu o stresse enquanto expressão de conjunto de sinais de um organismo que se esforça totalmente para se adaptar. As situações ambientais que afectam o organismo exigem-lhe um reajustamento, um esforço total de adaptação. No entanto, este reajustamento é independente do factor que o provocou sendo neste sentido que a síndrome geral de adaptação é uma resposta não específica do organismo. As respostas de stresse podem também ser provocadas tanto por estímulos desagradáveis como agradáveis e apresentam sempre as mesmas características, havendo apenas variação no grau em que se manifesta, o qual por sua vez depende do grau de exigência do estímulo causador de stresse (Ramos 2001).

A síndrome geral de adaptação é pois uma reacção de defesa do organismo contra agentes externos diversos. Descreve três fases no processo de stresse. A primeira, “estado de alarme” descreve um aumento da actividade e ocorre imediatamente após a exposição do indivíduo a uma situação stressante. É composta por duas sub-fases: fase de choque – reacção imediata caracterizada pelo declínio da resistência – e fase de contra-choque – reacção marcada pela mobilização dos mecanismos de defesa. A segunda, fase de “resistência”, em que envolve o coping¹ e as tentativas de inverter os efeitos do estado de alarme. A terceira fase, fase de “exaustão” surge na altura em que o indivíduo repetidamente exposto a uma situação stressante se tornou incapaz de mostrar mais resistência.

¹ O coping define as acções (comportamentais e cognitivas) destinadas a alterar as circunstâncias inerentes à relação desfavorável entre o indivíduo e o meio ambiente, ou a forma como é avaliada de modo a torná-la mais favorável. São os esforços para lidar com as exigências que forcem as capacidades do indivíduo, traduzindo as tentativas para resolver ou minimizar as exigências externas ou internas com que o indivíduo se confronta. (Coyne e Lazarus, 1980; Lazarus, 1993; Lazarus e Folkman, 1984; citado por Ramos, 2001).

Nas experiências de stresse, o coping afecta-as de duas maneiras: altera as relações com o ambiente e modifica a forma como as mesmas são interpretadas. O *coping orientado para o problema* ou *instrumental* é quando o indivíduo ao agir objectivamente sobre as circunstâncias do ambiente e as exigências percebidas, procura alterar as primeiras lidando com as segundas. Um *coping orientado para as emoções* ou *paliativo* é quando o indivíduo altera a forma como interpreta determinado acontecimento, procurando reduzir o mal-estar que o mesmo lhe possa provocar.

O coping depende intimamente da avaliação cognitiva. Em muitas situações não é possível ou até mesmo desejável desenvolver um acto de coping orientado para o problema, tornando-se o coping paliativo a forma mais viável de lidar com o problema. Se o indivíduo considera que pode fazer algo para mudar o curso das suas transacções com o ambiente, utiliza um coping instrumental, caso contrário utiliza um coping regulador das suas emoções (Ramos, 2001).

Há um colapso dos mecanismos de adaptação ao agente indutor, podendo ocorrer a morte caso não haja resolução do stresse (Ramos 2001).

Este autor estudou sobretudo as reacções fisiológicas do organismo a agentes indutores de stresse concluindo que estes quebram os mecanismos de protecção imunológica e biológica originando doenças de adaptação. Contudo, diferenciou dois tipos de stresse, sendo que este não terá de ser obrigatoriamente negativo. Ou seja, no quotidiano as pessoas envolvem-se em actividades que apesar de provocarem stresse não têm efeitos nocivos para a saúde, pelo contrário pode até ser uma fonte de motivação. Assim, definiu “*distress*” como o stresse desagradável que está na origem das ditas doenças de adaptação, e “*eustress*” o stresse agradável e curativo (Ramos 2001).

Destes dois modelos advém limitações nomeadamente o de não considerarem o papel do indivíduo na determinação da sua própria resposta de stress, ignorando não só o impacto psicológico do stress no indivíduo, como as suas aptidões para alterar a situação indutora de stress (Cartwright e Cooper, 1997; Lazarus e Folkman, 1984). Ambos os modelos descrevem o stresse num simples enquadramento estímulo-resposta e consideram o indivíduo a responder automaticamente e passivamente a um stressor externo (Ogden, 1999). Ainda, são apenas admitidos os indutores de stresse externos ao indivíduo, ignorando-se aqueles que podem ter origem no mesmo (Ross e Altmaier, 1994).

Uma abordagem diferente ao stresse, considera que o indivíduo não responde só passivamente aos stressores mas interage activamente com eles, proporcionando um papel do estado psicológico do indivíduo. Richard Lazarus, psicólogo norte-americano, concluiu que a forma como a pessoa avalia um indutor de stresse ambiental influenciou consideravelmente na quantidade e na qualidade emocional do stresse experienciado. Descrevia os indivíduos como seres psicológicos que avaliam o mundo exterior e não como respondendo simplesmente a ele.

No seu modelo – “*Modelo transaccional de stresse*” – o stresse envolve uma transacção entre o indivíduo e o seu mundo externo, suscitando-se uma resposta de stresse caso o indivíduo avalie um acontecimento potencialmente stressante, como realmente causador do stresse (Ogden, 1999). O stresse é entendido no contexto da relação entre o indivíduo e o meio ambiente, duas entidades distintas que trocam valências entre si e que devem ser analisadas reciprocamente. É nesta relação que se consubstancia o stresse, no balanço entre as exigências impostas pelo ambiente e o poder da pessoa para lidar com elas de forma satisfatória (Ramos, 2001).

Este modelo, centrado nas transacções entre o indivíduo e o meio ambiente, toma como objecto principal de estudo as condições indutoras de stresse e a forma como as pessoas as avaliam e lidam com elas. O que realmente interessa é o indivíduo em situação de stresse e não tanto o indivíduo com sintomas de stresse. O indivíduo é tido como activo e interveniente, que age e não apenas reage às trocas com o meio envolvente e que reciprocamente o afecta e é afectado por ele – surge o conceito de causalidade circular (Ramos, 2001).

A interpretação do significado de determinada relação com o ambiente – avaliação cognitiva – e as estratégias para lidar com as exigências contidas nessa mesma relação – coping – são processos centrais deste modelo. É a forma como o stresse é percebido que vai determinar as respostas do indivíduo, as emoções experimentadas e os resultados dos esforços para o vencer (Coyne e Lazarus, 1980; Lazarus e Folkman, 1984).

Um encontro significativo com o ambiente, é analisado pelo indivíduo (análise contínua e automática) procurando conhecer as exigências e constrangimentos implicados nessa transacção e quais as opções e recursos de que dispõe para lidar com eles. A percepção do stresse compõe-se de três momentos avaliativos. A avaliação primária, em que o indivíduo avalia o acontecimento propriamente dito; o significado para o seu bem-estar, procurando responder à questão “Estou bem ou estou em apuros?”. Sendo que, o “estar em apuros” corresponde a uma avaliação negativa do seu bem-estar percebendo-se dano, ameaça ou desafio – significa estar em stresse.

A avaliação secundária corresponde à avaliação dos recursos de que dispõe para fazer face às exigências dessa relação. Pode-se perceber determinada exigência como nociva mas se o indivíduo considerar que possui recursos suficientes para a enfrentar o seu grau de nocividade diminui, passando a transacção a ser ajustada enquanto ameaça, ou até desafio, caso possua expectativas positivas de auto-eficácia. Estas duas etapas avaliativas ocorrem praticamente em simultâneo estando altamente interrelacionadas. O terceiro momento avaliativo, reavaliação, dá-se quando o indivíduo refaz as suas próprias avaliações consoante o curso das trocas com o ambiente e o resultado das suas acções para alterar o mesmo, em favor do seu bem-estar.

Estes processos avaliativos são contínuos e instáveis já que traduzem as variações interrelacionais entre o ambiente e o indivíduo. Com efeito, a avaliação cognitiva integra constantemente as alterações percebidas na relação com o ambiente, fruto da dinâmica do mesmo bem como das estratégias de coping do indivíduo.

Segundo Ramos (2001), a melhor definição de stresse é aquela que engloba noções capitais dos modelos já referidos:

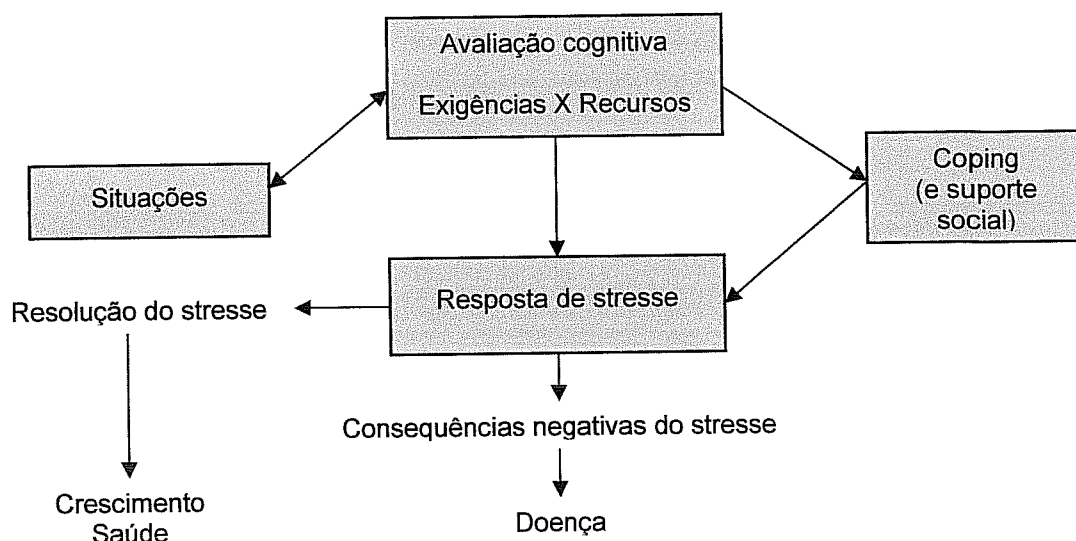


Fig. 1- Stresse e os processos que o constituem *in* Ramos 2001

A experiência de stress acontece quando o indivíduo avalia que determinada situação comporta exigências significativas para o seu bem-estar, face às quais julga não dispor de recursos que as satisfaçam. Podendo esses recursos serem de coping como de apoio social. Este processo avaliativo é automático, involuntário e profundamente emocional. Sendo ele, e não a situação ou o elemento stressante per se, que determina o que é o stress, as reacções de stress do indivíduo e os resultados dos seus esforços adaptativos (Lazarus e Folkman, 1986; 1984; citado por Ramos 2001).

A resposta de stress surge como consequência imediata dessa avaliação, podendo incluir sinais e sintomas variados aos níveis fisiológico (taquicardia, hipertensão arterial, alterações do sono, perturbações sexuais, inibição do sistema imunológico, etc.), psicológico (perturbações da memória e concentração, mau humor, irritabilidade, tristeza e melancolia, isolamento, etc.) e social (mau relacionamento conjugal e deterioração da comunicação familiar, absentismo, abandono da profissão, etc.). São estes sinais e sintomas que na maioria das vezes alertam o indivíduo de que há algo de errado, permitindo-lhe desencadear as estratégias de coping que considera adequadas para a resolução do problema. Se estas estratégias forem adequadas e eficazes, os obstáculos e dificuldades são superados e os sofrimentos elaborados, acrescentando novas conquistas ao seu

reportório comportamental. Ou seja, a situação de stresse é resolvida. Caso as estratégias de coping se mostrem desadequadas e ineficazes, o indivíduo entra num ciclo vicioso – “situação stressora – coping ineficaz” – agudizando-se a sua resposta de stresse, tornando-se mais frequente, intensa e duradoura – é então que surge a doença.

Por fim há a esclarecer que a generalidade das pessoas refere-se ao stresse como algo de negativo na medida em que confundem stresse com as consequências do mesmo. Este, por definição é neutro designando apenas uma relação desarmoniosa. Pode inclusive revelar-se positivo na medida em que pode constituir uma possibilidade de reconstrução e desenvolvimento pessoais. Pode desta forma ser encarado como um desafio, na tentativa de conseguir transformar potenciais riscos para o equilíbrio, integridade, bem-estar e saúde em oportunidades de fomentar e desenvolver essas mesmas dimensões.

O stresse varia de pessoa para pessoa e define uma relação de desajustamento entre ela e o mundo, mais precisamente entre as exigências do mundo e as suas capacidades de resposta. Provoca no organismo uma resposta global, fisiológica e psicológica, a qual é mediada cognitivamente. Depende da forma como a pessoa, no seu pensamento, confronta as exigências do mundo com as suas capacidades e recursos para lidar com elas. Mas, também pode ser influenciado, positiva ou negativamente, por determinados factores, como as características da personalidade, as relações interpessoais, e os recursos materiais. Estes factores atenuam ou amplificam o impacto do stress nas pessoas, consoante favoreçam ou não interpretações adequadas e facilitem ou não formas eficazes de lidar com o stresse (Ramos, 2005).

São múltiplas as situações que podem ser indutoras de stresse, desde as pequenas contrariedades próprias do dia-a-dia até às mais traumáticas como o aparecimento de uma doença crónica ou morte de um ente querido. Para Ramos (2005), a literatura diferencia as causas de stresse em cinco grandes grupos: Acontecimentos de Vida; Stressores Crónicos; Acontecimentos Traumáticos; Macrostressores e Stressores Quotidianos.

Os *Acontecimentos de Vida* são ocorrências que alteram o curso normal da vida e o funcionamento habitual das pessoas. São episódios normativos, próprios do ciclo de vida das pessoas e de carácter descontínuo e transversal ao mesmo (o nascimento de um irmão, entrada na escola, casamento, nascimento filhos, mudança de emprego, morte de um familiar, etc.). Os *Stressores Crónicos* pautam-se pela ausência de mudança; designam problemas, conflitos e ameaças relativamente duradouros, contínuos e estáveis. São exemplos os problemas de

saúde e os problemas financeiros. Os problemas de saúde do próprio ou de familiares são desgastantes não só pelo sofrimento que causam mas também pelas tarefas acrescidas que implicam. Os problemas financeiros não se restringem somente às pessoas com estatuto socioeconómico mais baixo, já que a maioria das pessoas vivem no seu dia-a-dia situações geradoras de stresse associadas ao dinheiro, como sejam o aumento dos preços de bens de consumo e o pagamento de empréstimos da casa e carro. Os *Acontecimentos Traumáticos* são caracterizados por experiências aterradoras e profundamente perturbadoras para a integridade do ser humano. Quando comparado com outros este tipo de stressores é menos frequente mas o seu impacto é esmagador afectando todas as áreas de vida das vitimas e que se podem manter por vários anos. Podem atingir grandes comunidades e populações ou afectar indivíduos isoladamente ou em pequenos grupos. São exemplos os acidentes naturais como os terremotos, maremotos, cheias, a acção devastadora de uma guerra, uma violação sexual ou um trágico acidente rodoviário, etc. Os *Macrostressores* têm origem nas conjecturas dos sistemas socioeconómicos, sendo fontes socioeconómicas de stresse. As guerras, o desemprego, a criminalidade, os problemas ecológicos, a taxa de divórcio, as opções governativas, são alguns exemplos de macrostressores. A acção dos macrostressores pode fazer-se sentir indirectamente criando ou reforçando stressores de outra categoria. Por exemplo, as dificuldades económicas de uma pessoa podem aumentar devido às recessões económicas, e neste sentido os efeitos dos macrostressores podem traduzir-se em acontecimentos de vida ou stressores crónicos. Os *Stressores Quotidianos* são situações menores de stresse que se prendem com a realização das rotinas quotidianas e que se traduzem os aborrecimentos do dia-a-dia. Apesar de representarem stressores de reduzida importância, se considerados isoladamente, geram considerável stresse quando experimentados repetida e cumulativamente. São exemplos, o clima de competição no trabalho, cuidar dos filhos, fazer o jantar, ir às compras, trânsito, etc. A articulação entre a família e o trabalho é o que actualmente gera algumas das causas de stresse quotidianas mais absorventes e desgastantes, dado as incontáveis exigências que dela brotam.

A gravidez, o nascimento e o desenvolvimento de um filho marcam o ciclo de vida desde os primórdios da humanidade. Sendo ou não planeados, os filhos representam uma grande e importante transição na vida.

Nalgumas sociedades tradicionais os filhos são vistos como bens activos que contribuem para o funcionamento económico e sobrevivência da família. Por

consequente, as famílias geralmente são numerosas e as crianças vão assumindo gradualmente responsabilidades de adultos. Vários membros da família estão disponíveis para compartilhar as responsabilidades de prestação de cuidados ao recém-nascido, pelo que a adaptação à paternidade geralmente é tranquila. Em sociedades industriais, os filhos são geralmente encarados como uma obrigação, necessitando de serem sustentados durante vários anos até puderem contribuir para a sociedade. São famílias geralmente pequenas e os pais normalmente os únicos responsáveis pela criação dos filhos (Berns, 2002). A falta de apoio de outros membros da família e a extensão de responsabilidades parentais podem estar na origem das dificuldades de adaptação psicológica e até económicas sentidas por estes pais (Skolnick, 1987 citado por Berns, 2002).

O nascimento de um filho marca a passagem para uma nova fase do ciclo de vida individual e familiar. À medida que os pais incorporam o bebé nas suas vivências individuais, interacção diádica e redes sociais surgem modificações comportamentais extensas ou até mesmo radicais. Mudanças essas que não se colocam apenas com a chegada do primeiro filho, já que o aparecimento de uma nova criança envolverá a complexificação do sistema familiar e a consequente redefinição de papéis, rotinas e tarefas (Oliveira, Pedrosa e Canavarro, 2005). A dimensão do impacto dessas mudanças parece estar negativamente correlacionada com a capacidade dos pais para aceitarem essas mudanças; por outro lado, quanto mais positiva for a percepção que os progenitores têm das alterações experienciadas, maior será a satisfação sentida relativamente aos seus papéis de mãe e pai (Cowan e Cowan, 1998 citado por Oliveira, Pedrosa e Canavarro, 2005).

A gravidez e o nascimento são acompanhadas de mudanças relevantes ao nível pessoal, familiar, social e profissional, podendo potencialmente acarretar condições de risco e oportunidade. As novas tarefas, exigências e desafios podem exceder os recursos percebidos desencadeando problemas até aí inexistentes ou acentuando vulnerabilidades prévias, mas também, podem levar ao desenvolvimento de novos recursos e de um melhor ajustamento (Boss, 2002; Canavarro, 2001; Dunkel-Schetter, Gurung, Lobel e Wadhwa, 2001; Figueiredo, 2001, citados por Oliveira, Pedrosa e Canavarro, 2005).

A adaptação à parentalidade pode ser difícil para algumas pessoas, podendo coexistir múltiplos factores que podem contribuir para isso, entre eles, atitudes negativas face à gravidez, falta de planeamento, falta de experiência dos pais e falta de apoio (Berns, 2002). Para Osofsky e Osofsty (1984, citado por Berns, 2002) os problemas podem surgir da relutância da mulher em aceitar as mudanças de papel que acompanham a maternidade, a expectativa de que o filho não alterará

as suas actividades ou da relutância de partilhar com o cônjuge o cuidado do filho. Para Ventura (1987, citado por Berns, 2002) as dificuldades relacionam-se com as finanças e a falta de tempo para si mesmo e para o cônjuge, por outro lado, o recém-nascido requerendo atenção contínua e ininterrupta pode gerar fadiga e frustração.

Tornar-se pai ou mãe, é pois, uma transição particularmente crítica, não só pelo seu carácter permanente, mas também pelas implicações que o ajustamento conseguido terá sobre a saúde, bem-estar e desenvolvimento da criança, pais e família (Elek, Brage Hudson e Bouffard, 2003; Michaels e Goldberg, 1988 citados por Oliveira, Pedrosa e Canavarro, 2005).

Ao falarmos em parentalidade, referimo-nos, para além da dimensão biológica, às dimensões afectiva e educacional de se ser mãe ou pai. A parentalidade surge como a capacidade de promover o desenvolvimento da criança em meio caloroso e contentor, educacional e promotora de sentido e identidade (Levine, 1982). Para Bornstein (Bornstein, 1988; Bornstein, Tamis-Le-Monda, Pascual, Haynes, Painter, Galperín e Pêcheux, 1996) os cuidados parentais inserem-se em quatro domínios: cuidados primários; cuidados sociais; cuidados didácticos e o domínio da imposição de limites. Os cuidados primários estão relacionados com a satisfação das necessidades básicas da criança - alimentação, higiene - de forma a assegurar o seu bem-estar. Os cuidados sociais dizem respeito às estratégias utilizadas pelos pais para expressar sentimentos para com a criança e a envolverem em trocas emocionais (embalar, beijar, brincadeiras, ...) - expressões de sensibilidade, reciprocidade e afecto. Os cuidados didácticos incluem estratégias usadas pelos pais para envolverem os seus filhos com o meio circundante, introduzindo, mediando e interpretando o meio exterior de forma a proporcionarem oportunidades de observação, imitação e aprendizagem. O domínio da imposição de limites diz respeito à integração de regras e convenções, bem como o respeito pela autoridade.

O conceito de parentalidade implica um conjunto de tarefas intensivas e a longo prazo, dirigidas à satisfação das necessidades físicas, materiais, sociais e relacionais da criança (Levitt, Weber e Clark, 1986 citados por Oliveira, Pedrosa e Canavarro, 2005). É um processo que configura um projecto a longo prazo ou vitalício, sujeito a tarefas de adaptação desenvolvimental e a sucessivas mudanças, que envolve a necessidade de prestação de cuidados e de afectos necessários para que a criança possa realizar um desenvolvimento óptimo das suas capacidades, dentro e fora da família (Cowan e Cowan, 1998 citado por Oliveira, Pedrosa e Canavarro, 2005). Enquanto processo de reorganização, pode

simultaneamente contribuir para o próprio desenvolvimento pessoal dos pais (Canavarro, 2001; Leal, 1997 citados por Oliveira, Pedrosa e Canavarro, 2005).

O comportamento parental requer competências de vários tipos que se reflectem na sensibilidade e na responsividade para as diferentes necessidades em diferentes fases de desenvolvimento da criança. É uma tarefa que diz respeito aos cuidados que se prestam às crianças, o que inclui responder às interações sociais, propiciar um ambiente adequado ao desenvolvimento cognitivo e social da criança, resolução de conflitos e em lidar com adversidades e situações de stresse e o uso de técnicas de disciplina Rutter (1989).

Os comportamentos parentais são influenciados por múltiplas causas e não tendo todas o mesmo grau de influência. Pode ser, através de factores relacionados com o próprio sujeito, com características da própria criança e por factores do contexto social, de apoio ou stresse, em que a relação está inserida. A personalidade e a história de desenvolvimento dos pais, a relação conjugal, o emprego, a rede de contactos sociais de que faz parte, são alguns dos exemplos (Belsky 1981, 1984).

O processo de avaliação cognitiva que os pais fazem da sua capacidade de controlo dos acontecimentos, das possíveis consequências e dos recursos de que dispõem, as estratégias de coping a que recorrem, e o equilíbrio destas dimensões, estará relacionado com a qualidade na adaptação à parentalidade (Oliveira, Pedrosa e Canavarro, 2005).

O stresse parental tem recebido ampla atenção na literatura, especialmente relacionado à presença de uma doença crónica na família, que por sua vez, apesar de haver controvérsias sobre a definição de doença crónica², existe um consenso geral de que esta condição é prolongada e que pode proporcionar consequências adversas na vida de um indivíduo.

Ter uma criança com doença crónica constitui uma situação de stresse e impacto significativo na família (Santos, 1998). Os pais são confrontados com questões de vária ordem nomeadamente: a gestão da doença, ou o apoio da

² Não existe uma definição única e universalmente aceite de "doença crónica". De uma forma geral consideram-se doenças crónicas todas as doenças prolongadas e irreversíveis. Algumas dessas doenças podem não interferir na longevidade do indivíduo, enquanto que noutros casos o prognóstico é mais reservado a curto ou a médio prazo. A sintomatologia pode ser constante, ou ter períodos variáveis de ausência total de sintomas. Há as que implicam pequenas alterações na vida diária dos doentes e as que provocam grandes limitações na sua vida, obrigando a tratamentos difíceis ou mesmo incapacitantes. Todas as doenças crónicas, embora variando no seu grau de severidade e extensão das consequências, têm em comum o facto de não terem cura e existirem mudanças irreversíveis na saúde e na vida do indivíduo a partir do momento do diagnóstico. Necessitando, por isso, de serem geridas constantemente (Barros, 2003).

criança nessa gestão; ajudar a criança a lidar com as realidades dessa doença e ao mesmo tempo ajudá-la a desenvolver-se de forma tão normal quanto possível, não introduzindo excessivas disrupções no funcionamento familiar (Johnson, 1985, citado por Santos, 2002). A criança e a sua família vivem num mundo de incertezas e dúvidas em relação ao futuro, tendo que confrontar-se com inúmeras readaptações e exigências novas, uma vez que a doença atinge vários níveis como financeiro, ocupacional, pessoal e na interacção quer dentro quer fora da família (Gonçalves e Pires, 2001).

Vários autores têm demonstrado que os pais de crianças portadores de doença crónica evidenciam maiores níveis de stresse do que os pais de crianças saudáveis (Santos, Ataíde e João, 1996; Quittner, Glueckauf e Jackson, 1990; Santos, 1994), estando as mães numa posição de especial desvantagem, já que é habitualmente sobre elas que recai a responsabilidade pelos cuidados a prestar à criança, o que pode conduzir a uma sobrecarga em termos práticos e emocionais e, conseqüentemente, a um risco acrescido de dificuldades de adaptação (Santos, 2002). Na mesma linha, mães de crianças com Síndrome Nefrótico revelaram níveis de stresse parental mais elevado do que as mães de crianças saudáveis, salientando-se as exigências e pressões que a criança coloca nas suas vidas, o isolamento social, a depressão em função do papel parental e alguma insatisfação com o apoio recebido por parte dos maridos como fontes de maior stresse (Santos, 2002).

O impacto da doença crónica na vida da criança e a sua adaptação à mesma também está relacionado com o stresse vivenciado pelos seus pais. Um sistema de suporte familiar e social, económico, psicológico e dos sistemas de saúde são factores importantes na moderação do stresse parental (Kuo, Peng e Tsai, 2005) sendo que, o funcionamento e suporte familiar são geralmente fortes preditores da ocorrência ou não de stresse parental (Smith, Oliver e Innocenti, 2001). Factores como o suporte familiar, estratégias de coping e de personalidade actuam de forma a diminuir ou aumentarem o risco de pais de crianças com problemas intelectuais desenvolverem elevados níveis de stresse parental (Beresford, 1994).

Existem, contudo, variações no grau de stresse experienciado e nem todos os pais de crianças com problemas de desenvolvimento evidenciam elevados níveis de stresse. De facto alguns até evidenciam uma adaptação bem sucedida manifestando aspectos positivos nas suas vidas e na de outros membros da família (Hastings e Taunt, 2002).

Mas, se bem que melhor documentado, o stresse parental não se resume aos pais de crianças portadores de doença crónica. Da mesma forma, um elevado suporte social está também directamente relacionado com uma diminuição do stresse do dia-a-dia, o que se vai reflectir em comportamentos parentais mais adequados (maior satisfação no papel de pai/mãe, afectos positivos, etc.) (Adams e Pace, 2006). Por outro lado, um plano de intervenção em situações de tratamento de problemas comportamentais de crianças devem incluir estratégias de redução de stresse parental. A redução do stresse parental pode produzir um efeito indirecto no comportamento da criança ao haver uma melhoria no comportamento parental (Hastings, 2002).

Percepção de Vulnerabilidade Infantil e Factores Económicos

As crianças que são vistas pelos seus pais como vulneráveis têm um risco acrescido de desenvolverem problemas de comportamento, dificuldade nas interacções pais-filho (Estroff, Yando, Burke, Snyder, 1994; Forsyth, Horwitz, Leventhal, Burger, Leaf, 1996; Perrin, West, Cullery, 1989), e uma maior e inadequada utilização dos serviços de saúde (Kemper, Forsyth, McCarthy, 1989; Levy, 1980; Boyce, 1992). A crença dos pais de que os seus filhos são crianças vulneráveis, ou de alguma forma susceptíveis de contraírem alguma doença ou mesmo morrerem, pode vir a provocar efeitos adversos no desenvolvimento normal da criança (Forsyth, Horwitz, Leventhal, Burger e Leaf, 1996).

Green e Solnit (1964, citados por Anthony, Gil e Schanberg, 2003) usaram o termo "*perceptions of child vulnerability*" para descreverem a ansiedade parental acerca do estado de saúde dos seus filhos. Sugerindo que essa ansiedade leva muitas vezes a um modelo de desadaptação nas interacções entre pais e filhos e o desenvolvimento de problemas comportamentais na criança (chamada síndrome da criança vulnerável).

Thomasgard e Metz (1995) encaram a percepção parental de vulnerabilidade infantil como sendo um aumento de percepção de vulnerabilidade relativamente a uma situação de doença ou traumatismo, secundária a uma separação ou perda, que tanto pode ser real como receada. Numa revisão de literatura, Thomasgard (1998) descreve cinco grupos de factores de risco que conduzem a um aumento de percepção de vulnerabilidade da criança: 1)

dificuldade dos pais no processo de separação-individualização da criança; 2) aumento da ansiedade dos pais face a situações de doença; 3) história real ou receio de uma separação ou perda (ex.: infertilidade, anterior aborto); 4) situação de doença vista pelos pais como potencialmente ameaçadora para a vida; e 5) o aparecimento precoce de situações de doença na vida da criança (ex.: icterícia neonatal, problemas com a alimentação e o choro).

Crianças encaradas como vulneráveis estão mais propícias do que os seus pares, a serem referenciadas pelas suas mães como tendo problemas psicossomáticos, de comportamento e afastamento social (Estroff, et al, 1994; Forsyth, et al, 1996; Forsyth, Canny, 1991). Estas mães, sentem-se menos competentes no seu papel enquanto mães e no controlo sobre o comportamento dos filhos (Estroff, et al, 1994). Elevados níveis de percepção de vulnerabilidade da criança estão associados ao aumento de procura dos serviços de saúde, a uma maior frequência de doenças e a um aumento de ocorrências aos serviços de urgência (Forsyth, et al, 1996; Kemper, et al, 1989; Levy, 1980; Forsyth, et al, 1991; Thomasgard, et al, 1996).

Thomasgard (1998), refere ainda estudos que revelaram existir associações entre elevados níveis de percepção de vulnerabilidade da criança com histórias de infertilidade, situações de doença grave na criança associadas a risco de vida, ser o primeiro filho, e, recorrer com mais frequência aos serviços de urgência; comparativamente com crianças que nunca foram consideradas como vulneráveis. De igual modo, as crianças em que os pais as percebem como sendo vulneráveis, apresentam comportamentos de agressividade e somatização, afastamento, ansiedade e depressão, participam em poucas actividades e têm resultados escolares mais baixos comparativamente com crianças que nunca foram percebidas como vulneráveis.

Existe uma tendência para a utilização dos serviços de saúde em situações de doença aguda, por parte dos pais que percebem os seus filhos como mais vulneráveis relativamente à doença, acompanhado de uma ansiedade generalizada que não fica aliviada perante manobras de tranquilização e uma normal observação médica. Estes pais, revelam também um maior conhecimento acerca dos sintomas e uma persistência contínua de receios centrados em potenciais ameaças para a saúde da criança (Forsyth et al, 1996). Muitas vezes os profissionais de saúde deparam-se com pais ansiosos e preocupados acerca da saúde dos seus filhos, de tal forma que o seu estado parece proporcionalmente desadequado às circunstâncias e ao estado da criança. Estes pais são muitas vezes considerados como super protectores ou super ansiosos (Thomasgard, 1998).

Mães de crianças prematuras com elevada ansiedade no período neonatal podem vir a desenvolver, mais tarde, elevados níveis de percepção de vulnerabilidade (Allen, Manuel, Legault, Naughton, Pivor, O'Shea, 2004). Da mesma forma, mães de crianças com icterícia neonatal são mais propensas a fazerem um julgamento mais sério acerca de um determinado problema e a recorrerem com a criança a um serviço de urgência (Kemper, et al, 1990).

O excesso de preocupação acerca da saúde da criança pode levar os pais a restringirem as actividades escolares e sociais da criança. Uma elevada percepção de vulnerabilidade também pode influenciar o comportamento parental, tal como a super protecção, o que por sua vez pode influenciar a maneira como a criança vai reagir perante situações novas. Crianças percebidas como mais vulneráveis têm tendência a reagirem com mais stresse em resposta a novas situações (Anthony, Gil e Schanberg, 2003).

Os primeiros filhos e algumas crianças que, como antecedentes pessoais, tiveram história de doença grave, foram percebidos como sendo mais vulneráveis. Relacionado com os elevados níveis de percepção de vulnerabilidade está também o baixo estatuto socio-económico e o baixo nível educacional dos pais (Thomasgard, et al, 1997).

Variáveis sócio-demográficas como a pobreza, o baixo nível educacional e a existência de apenas um dos pais como prestador de cuidados constituem uma "tríade social" que reduz a capacidade de prestação de cuidados adequados à criança e aumenta a utilização dos serviços de urgência pediátrica (Taylor, 2006).

Existem também fortes evidências de que um elevado esforço económico influencia disruptivamente as práticas parentais. A frustração produzida pelo esforço económico pode levar a um estado de irritabilidade e de agressão psicológica, levando a situações de hostilidade dirigidas aos outros, inclusive aos próprios filhos (Simons, Lorenz, Conger e Chyi-In Wu, 1992).

MÉTODO

Objectivos

O presente estudo pretende averiguar se os pais que recorrem com os seus filhos ao serviço de urgência de pediatria do HSM revelam elevados níveis de percepção de vulnerabilidade infantil e quais os níveis de stresse e de esforço económico familiar.

É também objectivo, averiguar se existe uma associação entre o stresse parental, a percepção de vulnerabilidade infantil e o esforço económico familiar.

Pretende ainda saber se os níveis de stresse parental, os níveis de percepção de vulnerabilidade infantil e os níveis de esforço económico familiar estão relacionados com a idade da criança, o sexo, o número de irmãos, a posição na fratria e com o facto de ser o pai, a mãe ou ambos a acompanharem a criança ao serviço de urgência.

Por fim, é igualmente objectivo deste estudo averiguar quais foram os motivos porque os pais escolheram o Serviço de Urgência de Pediatria do HSM para lá recorrerem com os seus filhos, e, quais os sinais e sintomas de doença apresentados pela criança.

Participantes

Os participantes da presente investigação são pais de crianças que recorreram ao serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria.

Foram admitidos todos os pais e mães que após explicação dos objectivos do estudo acederam participar. Foram excluídos os que verbalizaram não saber ler e aqueles que não preencheram na totalidade ou invalidaram o instrumento de avaliação.

Foram excluídos ou invalidados 84 questionários. No total, preencheram os questionários de forma válida 416 participantes.

É importante realçar que não participaram no estudo nenhum dos pais cujas crianças foram classificadas, após a triagem, com critérios de emergência de atendimento. Estas crianças, são logo encaminhadas para o gabinete médico ou vão de imediato para a “Sala de Reanimação”, não havendo tempo de espera entre a observação pela enfermeira da triagem e a observação médica.

Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por pais e mães de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 15 anos de idade. Os questionários foram na sua maioria, 75,0%, preenchidos pela mãe, 8,9% foram preenchidos pelo pai, e, 16,1% foram preenchidos por ambos. A sua maioria são caucasianos (86,7%) e de nacionalidade portuguesa (96,6%).

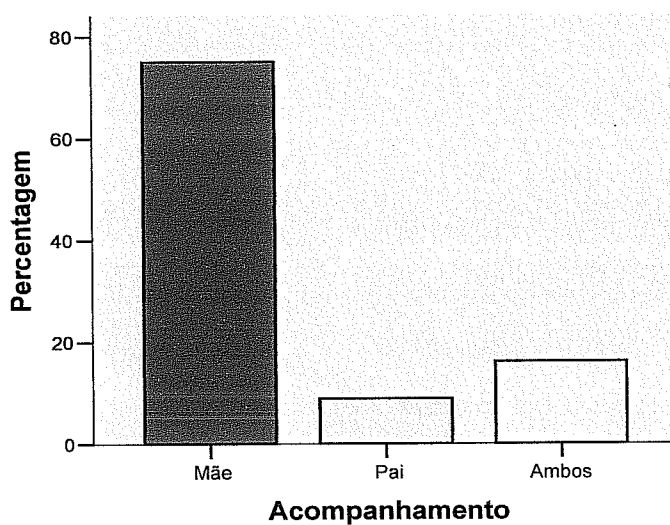


Fig. 2 – Acompanhamento da criança ao SUP

Relativamente à idade das crianças, a percentagem maior situa-se na faixa etária dos 2 aos 5 anos. A percentagem de crianças com menos de 1 ano é menor.

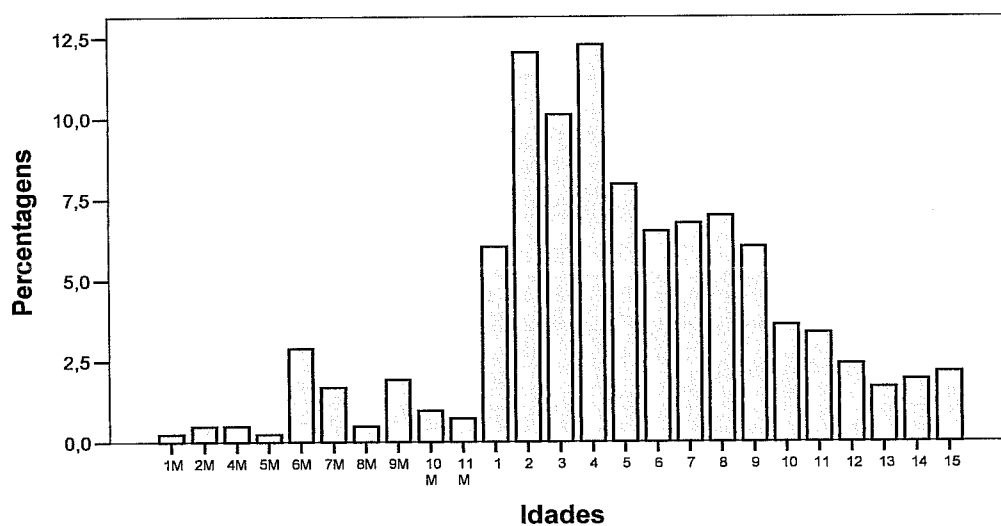


Fig. 3 – Idade das crianças que recorreram ao SUP

Quanto ao sexo da criança a amostra é bastante homogénea, 51,8% são do sexo feminino e 48,1% correspondem ao sexo masculino.

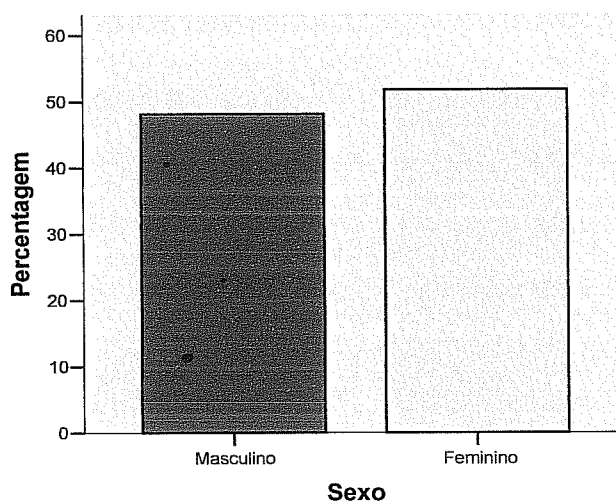


Fig. 4 – Sexo das crianças que recorreram ao SUP

Relativamente ao número de irmãos 48,79% têm 1 irmão; 32,13% é filho único, e, 19,08% têm 2 ou mais irmãos.

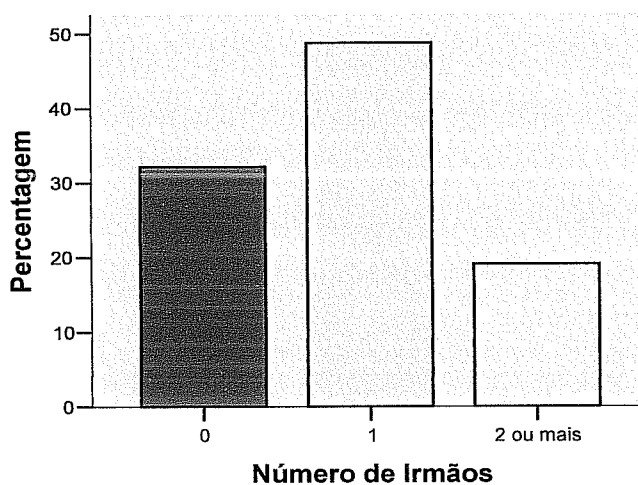


Fig. 5 – Número de irmãos das crianças que recorreram ao SUP

Relativamente à sua posição na fratria, 44,8% corresponde ao filho mais novo e 17,56% ao filho mais velho.

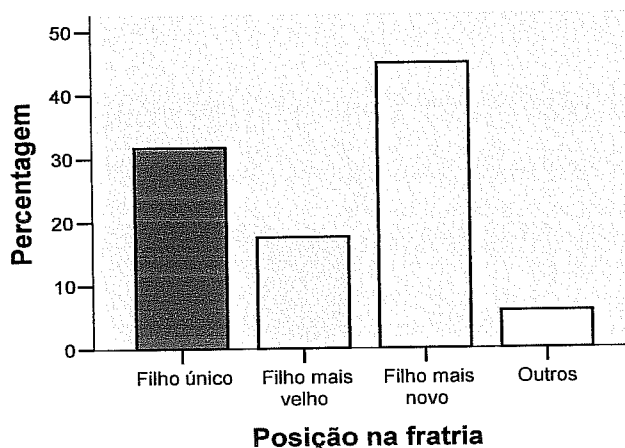


Fig. 6 – Posição na fratria das crianças que recorreram ao SUP

Desenho de Investigação

O presente estudo é exploratório e transversal na medida em que se procura conhecer melhor a amostra quanto às variáveis em estudo, num único momento de avaliação.

A selecção dos participantes não se baseou em critérios rigorosos de inclusão na amostra, pelo que podemos referir que se trata de um processo de amostragem por conveniência. O Hospital de Santa Maria foi escolhido pela facilidade que oferecia na recolha da amostra.

Material

A avaliação foi feita através de questionários, anónimos, de auto-resposta, que incluíam: a “Escala de Percepção de Vulnerabilidade Infantil”, a “Escala de Stresse Parental”, a “Escala de Esforço Económico Familiar” e um Questionário Demográfico, construído para o efeito. Juntamente estava também o pedido de consentimento informado (anexo I).

O Termo de Consentimento Informado visou informar os participantes sobre os objectivos e procedimentos do presente estudo. Somente participaram no estudo os pais que concordaram participar e que assinaram o termo de consentimento.

Na ausência de uma adaptação prévia para a população portuguesa destas escalas, procedeu-se a uma tradução dos instrumentos originais e subsequente retro-tradução independente afim de limitar a possibilidade de erro na tradução das questões, e tendo-se efectuado depois em conjunto as modificações julgadas necessárias.

As versões portuguesas destas escalas foram aplicadas à nossa amostra de estudo, constituída por 416 participantes, dos quais 312 (75%) instrumentos foram preenchidos pelas mães das crianças que recorreram ao SUP, 37 (8,9%) instrumentos foram preenchidos pelos pais e 67 (16,1%) foram preenchidos por ambos (pai e mãe).

Todas as análises foram efectuadas com o *software SPSS for Windows* versão 13 e os *outputs* do programa apresentam-se em anexo.

A **Escala de Percepção de Vulnerabilidade Infantil (EPVI)**, foi desenvolvida a partir da “Child Vulnerability Scale” (CVS) de B.W.C. Forsyth (1996), que foi construída para medir as percepções parentais de vulnerabilidade dos seus filhos e preocupações gerais acerca do seu estado saúde.

É uma escala tipo Likert, de 8 itens, em que cada item é pontuado numa escala de 0 a 3. A pontuação da escala pode variar entre 0 e 24, em que, uma pontuação elevada reflecte um aumento de percepção de vulnerabilidade. Um valor igual ou superior a 10 é sugestivo de uma elevada percepção de vulnerabilidade.

A validade interna da escala é suportada por dois pressupostos: 1) crianças com história de doença grave estão significativamente mais predisposta a serem

consideradas como mais vulneráveis comparativamente com aquelas sem os mesmos antecedentes, e, 2) pais com um medo precedente de que o seu filho possa morrer, está significativamente mais predisposto a considerar a sua criança como vulnerável comparativamente com aqueles que não passaram por esse receio.

A análise de consistência interna (Alfa de Cronbach) efectuada pelos autores foi de 0,74 (Touliatos, Permuter e Holden, 2001).

A estrutura da escala na sua versão portuguesa, designada por “Escala de Percepção de Vulnerabilidade Infantil” (EPVI), foi avaliada pela Análise Factorial Exploratória (AFE) sobre a matriz das correlações, com extracção dos factores pelo método dos componentes principais.

Os factores retidos foram aqueles que apresentavam um *eigenvalue* superior a 1, em consonância com o *Scree Plot* e a percentagem de variância retida. Utilizou-se o critério *KMO*³ para avaliar a validade da AFE, tendo-se observado um *KMO*=0,845.

De acordo com a regra do *eigenvalue* superior a 1 e com o *Scree Plot* (anexo II) a estrutura relacional dos itens da escala é explicada por 1 factor latente que explica 43% (42,725) da variabilidade total. A tabela 1 resume os pesos factoriais de cada item, os seus *eigenvalues* e a percentagem de variância explicada por cada factor:

Item	Initial <i>Eigenvalue</i>	
	Total	Variância Explicada %
1	3,418	42,725
2	0,966	12,077
3	0,798	9,975
4	0,716	8,946
5	0,651	8,140
6	0,541	6,759
7	0,524	6,548
8	0,386	4,830

Tabela 1 – Total de Variância Explicada (Escala de Percepção de Vulnerabilidade Infantil)

³ *KMO*, medida de adequação da amostragem de Keiser-Meyer-Olkin. Compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis, sendo uma medida de homogeneidade das variáveis. A Análise Factorial decorrente do valor de *KMO* é considerada excelente]0,9-1,0], boa]0,8-0,9], média]0,7-0,8], medíocre]0,6-0,7], mau mas ainda aceitável]0,5-0,6] ou inaceitável se <0,5 (Maroco, 2003).

A consistência interna foi calculada através da determinação do Alfa de Cronbach tendo-se obtido o valor de 0,8, tal como se pode verificar na tabela seguinte:

Escala	Numero de itens	N	Alfa de Cronbach
EPVI	8	404	0,8

Tabela 2 – Alfa de Cronbach (Escala de Percepção de Vulnerabilidade Infantil)

Relativamente à interpretação dos resultados, como já foi dito, os valores da escala podem variar entre 0 e 24, em que um valor igual ou superior a 10 é sugestivo de uma elevada percepção de vulnerabilidade infantil.

Decidimos contudo, estabelecer também duas categorias para a interpretação dos resultados: Baixa Percepção de Vulnerabilidade e Elevada Percepção de Vulnerabilidade.

Resultados	Categorias
0-9	Baixo
10-24	Elevado

Tabela 3 – Classificação dos níveis de percepção de vulnerabilidade infantil (Escala de Percepção de Vulnerabilidade Infantil)

A **Escala de Stresse Parental (ESP)**, desenvolvida a partir da “Parental Stress Scale” (PSS) de J. O. Berry & W. H. Jones (1995) é uma escala tipo Likert de 18 itens que pretende medir níveis de stresse experimentados pelos pais.

São abordados temas que incluem a proximidade com a criança, satisfação no seu papel enquanto pais, emoções positivas e negativas relacionadas com a parentalidade, e, dificuldades associadas.

As pessoas são levadas a responder se concordam ou se discordam de cada item com base na sua relação com o (s) seu (s) filho (s) atribuindo a cada item uma pontuação de 1 a 5. A opção de cada resposta varia entre o *Discordo*

Totalmente e o *Concordo Totalmente*, sendo: *Discordo Totalmente* (1), *Discordo* (2), *Indeciso* (3), *Concordo* (4) e *Concordo Totalmente* (5).

O somatório da escala pode variar entre 18 e 90, em que um valor elevado é indicativo de níveis de stresse parental elevados.

Os itens são pontuados de acordo com os níveis de stresse ou sentimentos negativos, pelo que, os 8 itens formulados na positiva devem ser invertidos. Assim, os itens 1,2,5,6,7,8,17 e 18 devem ser invertidos aquando da sua pontuação.

O Alfa de Cronbach no seu estudo original foi de 0,83, e o coeficiente de teste –re-teste de 0,81 para um período de 6 semanas.

A escala demonstrou uma validade convergente satisfatória com várias medidas de stresse, emoção, satisfação com o papel pai/mãe, incluindo percepção de stresse, stresse trabalho/família, solidão, ansiedade, culpa, empenho e satisfação marital, satisfação no trabalho, e suporte social (Touliatos, Permuter, Holden, 2001).

A escala pode ser aplicada tanto ao pai como à mãe, e, a pais de crianças com ou sem problemas de saúde. A escala demonstrou também ser capaz de fazer uma discriminação entre pais de crianças com um desenvolvimento adequado e entre pais de crianças com problemas comportamentais e de desenvolvimento (Berry & Jones, 1995).

A análise factorial efectuada pelos autores revelou a existência de 4 factores que explicam 53,8% da variabilidade total: Factor I (31,4% da variância) – “Recompensas Parentais”; Factor II (11,1% da variância) – “Stressores Parentais”; Factor III (6,0% da variância) – “Falta de Controlo”, e Factor IV (5,3% da variância) – “Satisfação Parental”, (Berry & Jones, 1995).

Factor	Dimensão	Itens
1	Recompensas parentais	6, 5, 7, 18, 1 e 8
2	Stressores Parentais	10, 12, 3, 9, 11 e 16
3	Falta de controlo	14, 15 e 16
4	Satisfação Parental	18, 17 e 13

Tabela 4 – Estrutura da escala – “*The Parental Stress Scale*”

A estrutura da escala, na sua versão portuguesa e designada por “Escala de Stresse Parental”, foi avaliada pela Análise Factorial Exploratória (AFE) sobre a matriz das correlações, com extração dos factores pelo método dos componentes principais seguida de uma rotação Varimax. Os factores retidos foram aqueles que apresentavam um *eigenvalue* superior a 1, em consonância com o *Scree Plot* e a percentagem de variância retida. O critério *KMO* foi utilizado para avaliar a validade da AFE, tendo-se observado um $KMO=0,793$ (anexo III).

Da análise, verificou-se, e em consonância com os autores da escala original, que a escala não é unidimensional. De acordo com os dados, existem 4 dimensões do stresse parental sendo as duas primeiras as mais importantes. A tabela 5 resume os pesos factoriais de cada item, os seus *eigenvalues* e a percentagem de variância explicada por cada factor:

Item	Initial <i>Eigenvalue</i>	
	Total	Variância Explicada %
1	4,033	22,407
2	2,387	13,260
3	1,453	8,073
4	1,269	7,050
5	0,999	5,552
6	0,877	4,873
7	0,850	4,721
8	0,791	4,395
9	0,748	4,157
10	0,695	3,863
11	0,632	3,513
12	0,590	3,280
13	0,555	3,082
14	0,519	2,885
15	0,491	2,726
16	0,448	2,489
17	0,363	2,015
18	0,299	1,660

Tabela 5 – Total de Variância Explicada (Escala de Stresse Parental)

Foram assim, definidas quatro dimensões: *Preocupações parentais*, *Satisfação*, *Falta de controlo* e *Medos e angústias*. A tabela 6 destaca *loadings* dos factores e os itens a que correspondem cada factor (após a rotação dos factores):

Itens	Factores			
	1	2	3	4
1	-,039	,461	,593	-,035
2	-,080	,605	,183	-,065
3	,169	-,054	,026	,766
4	,050	-,034	-,022	,788
5	,043	,581	,102	-,003
6	,027	,679	,137	,164
7	,018	,624	-,036	-,091
8	,233	,465	-,078	-,244
9	,612	,000	,110	,364
10	,774	,020	,146	,026
11	,769	,175	,005	-,034
12	,745	,049	,146	,063
13	,509	,113	,217	,374
14	,008	-,105	,707	,048
15	,308	,084	,624	,127
16	,436	-,019	,619	-,011
17	,124	,371	,672	-,056
18	,161	,541	-,008	,046

Tabela 6 – *Loadings* dos quatro factores – solução após a rotação dos factores (Escala de Stresse Parental)

No que respeita ao item 8, verifica-se que este não se inclui em nenhum dos factores, pelo que se decidiu eliminá-lo (contribuindo também para um aumento da consistência interna da escala, como se pode verificar mais à frente), passando a escala a ser constituída por 17 itens.

Desta forma e de acordo com os dados, ao Factor I – “Preocupações parentais” – correspondem os itens 9, 10, 11, 12 e 13; ao Factor II – “Satisfação” correspondem os itens 2, 5, 6, 7 e 18; ao Factor III – “Falta de controlo” – correspondem os itens 1, 14, 15, 16 e 17; ao Factor IV – “Medos e angústias” – correspondem os itens 3 e 4. A tabela 7 resume a estrutura final da escala:

Factor	Dimensão	Itens
1	Preocupações parentais	9, 10, 11, 12 e 13
2	Satisfação	2, 5, 6, 7 e 18
3	Falta de controlo	1, 14, 15, 16 e 17
4	Medos e angústias	3 e 4

Tabela 7 – Estrutura da Escala de Stresse Parental

Relativamente à consistência interna dos 17 itens, obtida através do Alfa de Cronbach, o valor foi de 0,774 tal como se pode verificar na tabela seguinte:

Escala	Numero de itens	N	Alfa de Cronbach
ESP	17	393	0,774

Tabela 8 – Alfa de Cronbach (Escala de Stresse Parental)

Para cada um dos quatro factores, também foi calculada a consistência interna, tal como se pode verificar nas seguintes tabelas:

Factor	Numero de itens	N	Alfa de Cronbach
I	5	402	0,782

Tabela 9 – Alfa de Cronbach – Factor I (Escala de Stresse Parental)

Factor	Numero de itens	N	Alfa de Cronbach
II	5	416	0,621

Tabela 10 – Alfa de Cronbach – Factor II (Escala de Stresse Parental)

Factor	Numero de itens	N	Alfa de Cronbach
III	5	414	0,692

Tabela 11– Alfa de Cronbach – Factor III (Escala de Stresse Parental)

Factor	Numero de itens	N	Alfa de Cronbach
IV	2	410	0,568

Tabela 12 – Alfa de Cronbach – Factor IV (Escala de Stresse Parental)

Relativamente à interpretação dos resultados da escala, como os autores da escala original apenas fazem referência ao facto de um valor elevado ser indicativo de níveis de stresse parental elevados, não apresentando uma linha de corte, decidimos nós estabelecer três intervalos de interpretação dos resultados.

Na versão portuguesa, como foi eliminado um item, a escala passou a ser constituída por 17 itens, podendo o seu somatório variar entre 17 e 85.

Desta forma, os intervalos dos resultados foram categorizados da seguinte maneira: o intervalo de 17 a 40 corresponde à categoria de baixos níveis de stresse parental, o intervalo de 41 a 63 à de níveis intermédios de stresse parental e o intervalo de 64 a 85 à categoria de elevados níveis de stresse parental (tabela 13).

Resultados	Categorias
17-40	Baixo
41-63	Intermédio
64-85	Elevado

Tabela 13 – Classificação dos níveis de stresse (Escala de Stresse Parental)

A **Escala de Esforço Económico Familiar (EEEF)**, foi desenvolvida a partir da “Family Economic Strain Scale “ (FESS) de J. M. Hilton & E. L. Devall (1997).

Esta escala pretende medir problemas e percepções negativas associadas a dificuldades financeiras enfrentadas pelas famílias – avaliar o esforço financeiro das famílias.

É uma escala tipo Likert de 13 itens, em que os 12 primeiros consistem em afirmações sobre problemas relacionados com questões económicas.

Os pais respondem numa escala de 1 a 5 com que frequência experienciam cada um desses problemas, através das opções “*Nunca*”, “*Raramente*”, “*Às vezes*”, “*Frequentemente*”, “*Quase sempre*”, respectivamente.

O item 13 da escala, indica a percepção que a pessoa tem acerca do seu rendimento comparativamente com outras famílias. As 5 opções de resposta deste último item variam entre “*Muito abaixo da média*” e o “*Muito acima da média*”.

Para se obter um *score* a cotação do item 13 deve ser invertida, e posteriormente devem-se somar as respostas dos 13 itens afim de se obter o valor total da escala, que é revelador do esforço económico da família.

Valores elevados indicam um esforço económico elevado.

O Alfa de Cronbach foi de 0,92 e 0,95 para 2 estudos envolvendo o FESS (Touliatos, Permuter e Holden, 2001).

A versão portuguesa, designada por “Escala de Esforço Económico Familiar” também foi avaliada pela Análise Factorial Exploratória (AFE) sobre a matriz das correlações, com extracção dos factores pelo método dos componentes principais. Os factores retidos foram aqueles que apresentavam um *eigenvalue* superior a 1, em consonância com o *Scree Plot* e a percentagem de variância retida. O valor de KMO obtido foi de 0,923, validando a AFE (anexo IV).

Após a primeira análise, verificamos que a escala seria explicada por dois factores, contendo o segundo factor apenas um item da escala e apenas justificando 8% da sua variabilidade total. Desta forma, optou-se por eliminar o item 7, contribuindo também para uma melhoria da consistência interna da escala, passando esta a ser constituído por 12 itens.

Numa segunda análise, a estrutura do instrumento define um factor que explica 52% (51,992) da variabilidade total. A tabela 14 resume os pesos factoriais de cada item, os seus *eigenvalues* e a percentagem de variância explicada por cada factor:

Item	Initial <i>Eigenvalue</i>	
	Total	Variância Explicada %
1	6,239	51,992
2	0,934	7,786
3	0,773	6,444
4	0,716	5,969
5	0,697	5,812
6	0,554	4,617
7	0,488	4,066
8	0,474	3,953
9	0,377	3,143
10	0,313	2,611
11	0,238	1,979
12	0,195	1,628

Tabela 14 – Total de Variância Explicada (Escala de Esforço Económico Familiar)

A consistência interna dos 12 itens obtida no nosso estudo foi de 0,912, tal como se pode verificar na tabela seguinte:

Escala	Numero de itens	N	Alfa de Cronbach
EEEEF	12	393	0,912

Tabela 15 – Alfa de Cronbach (Escala de Esforço Económico Familiar)

Relativamente aos resultados, os valores da versão portuguesa da escala podem oscilar entre 12 e 60. Como os autores da escala original, também fazem apenas referência a que valores elevados indicam um esforço económico elevado, e não apresentam uma linha de corte, decidimos também estabelecer três intervalos categorizados da seguinte forma: o intervalo de 12 a 28 corresponde à categoria de esforço económico baixo, o intervalo de 29 a 44 à de nível intermédio e o intervalo de 45 a 60 à categoria de esforço económico elevado (tabela 16).

Resultados	Categorias
12-28	Baixo
29-44	Intermédio
45-60	Elevado

Tabela 16 – Classificação dos níveis de esforço económico (Escala de Esforço Económico Familiar)

O **Questionário Demográfico** é constituído por vários itens que incluem, a idade e o sexo da criança, a data e a hora de admissão na urgência, a raça/etnia e a nacionalidade, a existência de irmãos e o posicionamento na fratria. Constam ainda duas questões abertas acerca das razões que levaram a recorrer ao serviço de urgência pediátrica e o motivo da escolha daquele serviço em particular. As questões formuladas foram, respectivamente, “Que razões o levaram a recorrer com o seu filho à urgência?” e “Que razões o levaram a recorrer a este serviço de urgência?”.

As respostas a estas duas últimas questões – e que dizem respeito respectivamente às *Causas* ou razões porque recorreram ao serviço de urgência, que estão relacionadas com os sintomas que as crianças apresentavam, e, à *Escolha* ou motivo porque escolheram aquele serviço de urgência em particular – foram sujeitas a uma análise de conteúdo e agrupadas em categorias, para posterior tratamento estatístico.

Relativamente às Causas – “Que razões o levaram a recorrer com o seu filho à urgência?” – distribuímos as diferentes queixas pelas seguintes categorias:

Categorias	Causas
Problemas Gastrointestinais	Vómitos, Diarreia
Problemas Respiratórios	Dificuldade em respirar, Tosse, Expectorção
Problemas de Otorrinolaringologia – ORL	Odinofagia, Otolgia, Introdução de corpo estranho
Problemas Dermatológicos/Alérgicos	Erupções cutâneas, Picada de insecto
Problemas Urológicos/Ginecológicos	Disúria, Corrimento
Traumatismos	Traumatismos cranianos, Quedas
Problemas Estomatológicos	Cáries dentárias, Odontalgia
Problemas Oftalmológicos	Rubor ocular, Exsudado ocular
Outros	Febre, Convulsões, Cefaleias, Varicela, Análises laboratoriais, “preocupação com a saúde”, “dores no corpo”, “dor no pé”, “problemas no andar”.

Tabela 17 – Classificação quanto às causas porque ocorreram ao SUP

Relativamente à Escolha – “Que razões o levaram a recorrer a este serviço de urgência?” – também estabelecemos as seguintes categorias:

Categorias	Escolha
Hospital Área Residência/ Proximidade da Área de Residência	Hospital da área, Mais próximo
Satisfação com o SUP	“Atenção”, “simpatia”, “rapidez”, “confiança”, “ser bem atendido”, “serviço cinco estrelas”, “é o melhor hospital de Portugal”, “felizmente que foi aceite no HSM”

Diferenciação Técnica	“Melhores profissionais”, “competência”, “equipamento mais evoluído e diversificado”, “existência de especialidades”, “segurança no diagnóstico”, “serviço mais completo”, “comparando há uma diferença muito grande”, “capazes de descobrir ou saber com clareza o que se passa”
Referenciação	Crianças referenciadas por outros médicos de outras instituições hospitalares ou Centros de Saúde, ou pela Saúde 24
Impossibilidade de ser assistido no Centro de Saúde ou pelo Médico Assistente	“O centro de Saúde está fechado”, “não tenho médico de família”, “médico está de férias”, “enfermeiros estão de greve”
Atendimento por um Pediatra	“Aqui há pediatras”
Percepção de Gravidade dos Sintomas	“Receio de uma pneumonia”, “por precaução e não conseguir estar descansada”, “porque se encontra muito doente”, “gravidade”, “não é assunto para médico de família”
Persistência dos Sintomas	“Há muito tempo que está assim”
Insatisfação com o Centro de Saúde	“Muito tempo à espera”, “não resolvem o problema”
Questões Económicas	“Não tenho dinheiro para ir a outro sítio”, “não tenho dinheiro para ir a um médico particular”
Outros	Funcionários da instituição, médico pediatra pertence ao hospital, ser seguido nas consultas externas, ter nascido no hospital, “recorro sempre aqui”.

Tabela 18 – Classificação quanto à escolha do SUP

Procedimento

Num primeiro momento, foi feito um contacto presencial com a pediatra responsável pelo serviço de urgência pediátrica, no qual foram apresentados os objectivos da investigação, o âmbito do estudo e os instrumentos a aplicar para a recolha de dados. Num segundo momento, foi solicitada, por escrito, autorização ao director de serviço e ao Conselho de Administração do Hospital de Santa Maria, que por sua vez pediu um parecer à Comissão de Ética (anexo V).

Após as referidas autorizações foi contactada a equipe de enfermagem para explicação sobre a natureza e objectivos do trabalho, sendo-lhes sido pedida colaboração.

Os pais que constituem a amostra do estudo foram seleccionados após a inscrição do(a) filho(a) no serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria e imediatamente após se ter realizado a triagem da criança.

O contacto foi feito através da enfermeira que ocupava o posto de triagem na altura. Após terem sido explicados os objectivos do estudo e de acederem colaborar, foi entregue a cada pai/mãe um conjunto de 4 folhas agrafadas (que constituem as 3 escalas e 1 questionário demográfico) e em separado 1 folha de Consentimento Informado. Estes, foram preenchidos na sala de espera enquanto aguardavam pela consulta médica, e devolvidos aquando da chamada para a mesma.

O processo de recolha de amostra recorreu entre Março e Julho de 2006. Os questionários foram aplicados maioritariamente num dia útil da semana (89,9%) e no período compreendido entre as 8 horas e as 15 horas (92,3%) (tabelas 19 e 20 respectivamente).

Admissão Urgência	Frequências	Percentagens
Dia Útil	374	89,9
Fim-de-semana e Feriados	40	9,6
Total	414	99,5
<i>Missing</i>	2	0,5
Total	416	100,0

Tabela 19 – Dia de admissão na Urgência

Hora Admissão Urgência	Frequências	Percentagens
8h-15h	384	92,3
15h-23h	25	6,0
23h-8h	2	0,5
Total	411	98,8
<i>Missing</i>	5	1,2
Total	416	100,0

Tabela 20 – Hora de Admissão na Urgência

Concluída a recolha da amostra, realizou-se a ordenação e cotação dos instrumentos utilizados. Elaborou-se uma base de dados e procedeu-se ao tratamento estatístico.

RESULTADOS

A construção da base de dados e subsequente análise estatística realizada neste estudo foi efectuada com o *software* SPSS versão 13.

Através da análise dos resultados de cada uma das escalas, verificamos que relativamente à **Escala de Percepção de Vulnerabilidade Infantil**, o nível máximo de percepção de vulnerabilidade obtido foi de 23 e o valor mínimo 0, sendo a média 7,07, com um desvio padrão 4,99 (tabela 21).

Escala de Percepção de Vulnerabilidade Infantil		
Média		7,0718
Desvio Padrão		4,99501
Mínimo		0,00
Máximo		23,00
N	<i>Valid</i>	404
	<i>Missing</i>	12

Tabela 21 – Média dos níveis de percepção de vulnerabilidade Infantil

Relembramos que, a pontuação da escala pode variar entre 0 e 24 – sendo um valor igual ou superior a 10 sugestivo de uma elevada percepção de vulnerabilidade infantil, e as duas categorias estabelecidas Baixa Percepção de Vulnerabilidade – valores de 0 a 9, e, Elevada Percepção de Vulnerabilidade – valores de 10 a 24.

Na tabela 22 podemos verificar que a maior porcentagem dos sujeitos da nossa amostra apresentam níveis de percepção de vulnerabilidade bastante baixos.

Níveis de percepção de vulnerabilidade	Frequências	Percentagens
0	16	3,8
1	27	6,5
2	33	7,9
3	43	<u>10,3</u>
4	34	<u>8,2</u>
5	29	7,0
6	30	7,2
7	30	7,2
8	22	5,3
9	23	5,5
10	23	5,5
11	22	5,3
12	14	3,4
13	10	2,4
14	7	1,7
15	10	2,4
16	6	1,4
17	7	1,7
18	8	1,9
19	4	1,0
20	2	0,5
21	1	0,2
22	2	0,5
23	1	0,2
Total	404	97,1
Missing System	12	2,9
Total	416	100,0

Tabela 22 – Frequência dos níveis de percepção de vulnerabilidade infantil

Na tabela 23 também podemos ver que 69% dos sujeitos da nossa amostra estão inseridos na categoria de Baixa Percepção de Vulnerabilidade e 28,1% na categoria de Elevada Percepção de Vulnerabilidade.

Categorias		Frequências	Percentagens
Baixa Percepção de Vulnerabilidade		287	69,0
Elevada Percepção de Vulnerabilidade		117	28,1
Total		404	97,1
Missing	System	12	2,9
Total		416	100,0

Tabela 23 – Categorias dos níveis de percepção de vulnerabilidade infantil

Relativamente aos dados obtidos através da Escala de Stresse Parental, verificamos o nível máximo de stresse parental obtido foi de 54 e o valor mínimo 18, sendo a média 31,75 com um desvio padrão 6,74 (tabela 24).

Escala de Stresse Parental	
Média	31,7563
Desvio Padrão	6,74143
Mínimo	18,00
Máximo	54,00
<i>N</i>	394
<i>Valid</i>	
<i>Missing</i>	22

Tabela 24 – Média dos níveis de stresse parental

Relembrando as categorias estabelecidas para a interpretação dos resultados: de 17 a 40 corresponde à categoria de baixo nível de stresse parental, o intervalo de 41 a 63 à de nível intermédio de stresse parental e o intervalo de 64 a 85 à categoria de elevado nível de stresse parental. O somatório da escala pode variar entre 17 e 85.

Também verificamos que as maiores percentagens dos sujeitos evidenciam baixos níveis de stresse parental (tabela 25)

Níveis stresse parental	Frequências	Percentagens
18	3	0,7
19	5	1,2
20	2	0,5
21	6	1,4
22	13	3,1
23	11	2,6
24	18	4,3
25	16	3,8
26	17	4,1
27	21	5,0
28	15	3,6
29	27	6,5
30	26	6,3
31	27	6,5
32	21	5,0
33	17	4,1
34	29	7,0
35	19	4,6
36	15	3,6
37	10	2,4
38	9	2,2
39	14	3,4
40	6	1,4
41	9	2,2
42	7	1,7
43	8	1,9
44	6	1,4
45	6	1,4
46	4	1,0
47	1	0,2
48	2	0,5
49	1	0,2
51	1	0,2
53	1	0,2
54	1	0,2
Total	394	94,7
Missing System	22	5,3
Total	416	100,0

Tabela 25 – Frequência dos níveis de stresse parental

Na tabela 26 verificamos que nenhum dos sujeitos da nossa amostra está inserido na categoria de Elevado Nível de Stresse Parental, sendo a categoria de Baixo Nível de Stresse com maior número de indivíduos (83,4%).

Categorias		Frequências	Percentagens
Baixo Nível Stresse Parental		347	83,4
Intermédio Nível Stresse Parental		47	11,3
Total		394	94,7
Missing	System	22	5,3
Total		416	100,0

Tabela 26 – Categorias dos níveis de stresse parental

Por último e relativamente aos dados obtidos através da Escala de Esforço Económico Familiar, verificamos o nível máximo de esforço económico obtido foi de 58 e o valor mínimo 13, sendo a média 29,72 com um desvio padrão 9,67 (tabela 27).

Escala de Esforço Económico Familiar	
Média	29,7226
Desvio Padrão	9,67887
Mínimo	13,00
Máximo	58,00
<i>N</i>	<i>Valid</i> 393
	<i>Missing</i> 23

Tabela 27 – Média dos níveis de esforço económico familiar

Relembrando as categorias estabelecidas para a interpretação dos resultados: de 17 a 40 corresponde à categoria de baixo nível de stresse parental, o intervalo de 41 a 63 à de nível intermédio de stresse parental e o intervalo de 64 a 85 à categoria de elevado nível de stresse parental. O somatório da escala pode variar entre 17 e 85.

Na tabela 28 a maiores percentagens dos sujeitos não evidenciam níveis elevados de esforço económico familiar.

Níveis Esforço Económico Familiar	Frequências	Percentagens
13	4	1,0
14	6	1,4
15	11	2,6
16	11	2,6
17	8	1,9
18	8	1,9
19	12	2,9
20	10	2,4
21	13	3,1
22	18	4,3
23	10	2,4
24	14	3,4
25	19	<u>4,6</u>
26	19	<u>4,6</u>
27	21	<u>5,0</u>
28	20	<u>4,8</u>
29	11	2,6
30	11	2,6
31	18	4,3
32	10	2,4
33	10	2,4
34	10	2,4
35	12	2,9
36	10	2,4
37	9	2,2
38	10	2,4
39	10	2,4
40	12	2,9
41	6	1,4
42	1	0,2
43	7	1,7
44	8	1,9
45	6	1,4
46	3	0,7
47	2	0,5
48	6	1,4
49	4	1,0
50	3	0,7
51	4	1,0
52	3	0,7
54	1	0,2
56	1	0,2
58	1	0,2
Total	393	94,5
Missing System	23	5,5
Total	416	100,0

Tabela 28 – Frequência dos níveis de esforço económico familiar

Apenas 8,4% dos sujeitos da nossa amostra estão inseridos na categoria de Elevado Esforço Económico Familiar, estando a sua maioria inseridos na categoria de Baixo Esforço Económico (49%) e 37% na categoria de Esforço Económico Intermédio (tabela 29).

Categorias		Frequências	Percentagens
	Baixo Esforço Económico	204	49,0
	Intermédio Esforço Económico	154	37,0
	Elevado Esforço Económico	35	8,4
	Total	393	94,5
Missing	System	23	5,5
	Total	416	100,0

Tabela 29 – Categorias de esforço económico familiar

No que concerne ao cruzamento das variáveis socio-demográficas (acompanhamento, sexo, idade, posição na fratria e número de irmãos) com os resultados das três escalas utilizadas, efectuou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA). Foi utilizado o nível de significância $\alpha = 0,05$.

Da análise entre o *Acompanhamento* e a *Posição da Fratria* verificou-se um efeito estatisticamente significativo da *Posição da Fratria* (TP=0,048; F (9, 1047) =1, 887; $p=0,050$), mas a ANOVA não permitiu identificar diferenças significativas em cada valor (anexo VI).

Também não se verificou nenhum efeito significativo relativamente ao *Acompanhamento*, *Idade* e *Sexo* (anexo VII).

Relativamente ao *Número de Irmãos* e *Posição na Fratria* também não se verificou nenhum efeito estatisticamente significativo (anexo VIII).

Para avaliar a grandeza das associações entre os scores das três escalas foram utilizados testes de correlação quantificados através do Coeficiente de Correlação de Pearson, tendo-se verificado uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre as três escalas. Ou seja, entre a EEEF e a ESP $r=0,529$; $p < 0,001$; entre a EEEF e a EVI $r=0,323$; $p < 0,001$; entre a ESP e a EVI $r=0,323$; $p < 0,001$ (anexo IX).

Relativamente às causas/motivos porque os pais recorreram com os seus filhos ao serviço de urgência de pediatria, verificamos que no período em que decorreu o nosso estudo, a maioria (29,3%) das crianças da nossa amostra recorreu ao SUP por febre, cefaleias, varicela, para fazer análises laboratoriais, ou porque os pais estavam preocupados com a sua saúde. Os problemas gastrointestinais (19,2%) surgem como a segunda causa de recorrência ao SUP. As questões dermatológicas/alérgicas surgem em terceiro lugar, logo seguidas dos problemas de ORL e respiratórios (tabela 30)

Causa Urgência	Frequências	Percentagens
Problemas gastrointestinais	80	<u>19,2</u>
Problemas respiratórios	49	<u>11,8</u>
Problemas ORL	53	<u>12,7</u>
Problemas dermatológicos/alérgicos	57	<u>13,7</u>
Problemas urológicos	14	3,4
Traumatismos	19	4,6
Problemas estomatológicos	1	0,2
Problemas Oftalmológicos	10	2,4
Outros	122	<u>29,3</u>
Total	405	97,4
<i>Missing</i>	11	2,6
Total	416	100,0

Tabela 30 – Causas da ida ao SUP

Relativamente ao motivo da escolha do serviço de urgência, verificamos que a maioria (25,7%) recorreu ao SUP do HSM por este ser considerado o hospital da sua área ou por estar mais próximo da sua residência. Como segundo motivo surge a satisfação dos utentes com o SUP (13,2%), logo seguido pela diferenciação técnica (12,0%). Há a realçar que apenas 7,9% das crianças que recorreram ao SUP eram referenciadas por outro técnico, e, apenas 8,9% referiram a impossibilidade de contactarem o médico assistente ou de serem atendidas no Centro de Saúde (tabela 31).

Escolha Serviço Urgência	Frequências	Percentagens
Hospital da área de residência/Proximidade	107	<u>25,7</u>
Satisfação com o SUP	55	<u>13,2</u>
Diferenciação técnica	50	<u>12,0</u>
Referenciação	33	7,9
Impossibilidade de ser assistido no CS ou Médico assistente	37	8,9
Atendimento por um Pediatra	8	1,9
Percepção de gravidade dos sintomas	12	2,9
Persistência dos sintomas	5	1,2
Insatisfação com o CS	6	1,4
Questões económicas	5	1,2
Outros	43	10,3
Total	361	86,8
<i>Missing</i>	55	13,2
Total	416	100,0

Tabela 31 – Motivo da escolha do SUP do HSM

DISCUSSÃO

De acordo com os nossos resultados, o principal motivo de escolha do SUP do HSM está relacionado com a questão da proximidade e com a área geográfica que é abrangida por este hospital. Este aspecto ainda é bastante visível, dado que só muito recentemente é que o serviço de urgência passou a atender as crianças independentemente da sua área de residência. Ou seja, até então o HSM estando inserido na Unidade de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, tinha a responsabilidade prestadora de serviços de urgência limitada a uma determinada zona geográfica previamente definida, e, em princípio só as crianças pertencentes aquela área geográfica é que seriam ali observadas. Actualmente, esta questão já não se coloca podendo ser atendidas nesta urgência de pediatria qualquer criança independentemente da sua área geográfica.

Outros aspectos relacionados com a escolha do serviço vão de encontro aos encontrados noutros estudos, nomeadamente a percepção de maior competência e excelência técnica dos técnicos do SUP, a par do próprio local de atendimento que pela sua natureza comporta a maioria das especialidades médico-cirúrgicas.

Embora não seja apontado como principal motivo da vinda ao SUP, a dificuldade em ser atendido nos Centros de Saúde e a dificuldade em contactar com o médico assistente, parecem legitimar a utilização do serviço de urgência, por falta de alternativa. Contudo, na maioria das ocorrências essa questão não se colocou, e, a grande maioria recorreu ao SUP por “auto-referenciação”.

Relativamente às questões de saúde e doença, motivo porque recorreram ao serviço de urgência, pensamos estarem relacionadas com a altura do ano em que a amostra foi recolhida. Ou seja, existem determinadas doenças com uma maior probabilidade de ocorrerem em determinadas épocas do ano, como sejam as infecções respiratórias que são mais frequentes no Inverno. A par disto, relaciona-se também a idade da criança, em que crianças mais pequenas são mais susceptíveis para as questões respiratórias, por exemplo. Pelo que, pensamos que se a nossa amostra fosse recolhida noutra altura do ano, a faixa etária das crianças iria variar bastante.

A nossa amostra não revelou índices elevados de esforço económico, pelo que se depreende que a maioria dos utilizadores do SUP não possuem dificuldades económicas e que a utilização do SUP não está relacionada com o estatuto socio-económico. Este aspecto não vai ao encontro dos resultados de outros estudos que apontam o baixo nível sócio-económico como uma das principais razões para recorrer ao serviço de urgência em situações não urgentes.

Também não foram encontrados níveis elevados de stresse parental, nem níveis elevados de percepção de vulnerabilidade infantil, nem nenhuma relação entre estes valores e as variáveis sócio-demográficas da nossa amostra. Pensamos que, o facto de não se encontrarem níveis elevados de stresse parental, esteja relacionado com o facto de que nenhuma das crianças cujos pais preencheram o questionário se encontrar num estado de saúde “verdadeiramente grave”. Os Pais de crianças com situações consideradas como “muito graves” não foram incluídos no nosso estudo, sendo logo encaminhadas para uma observação médica imediata e/ou eventualmente para a “sala de reanimação” não havendo tempo de espera entre a chegada ao SUP e a prestação de cuidados. Por outro lado, o facto do SUP ser encarado como um serviço mais cómodo e prontamente disponível, ao qual se pode recorrer sem qualquer restrição, tornando-se muitas vezes a principal fonte de cuidados de saúde.

Após o exposto, e, apesar de não ser muito evidente no nosso estudo, achamos pertinente a determinação das características dos pais utilizadores dos serviços de urgência em situações não urgentes, afim de se poderem desenhar estratégias de intervenção.

Apesar de não nos poderemos apoiar em dados mensuráveis, é nossa percepção que algumas mães principalmente as mais novas e com o primeiro filho recém-nascido, recorrem à urgência por questões relacionadas com a inexperiência e falta de ensinamentos, como por exemplo a alimentação, as cólicas, a obstrução nasal, etc. A existência de programas educacionais ou até mesmo a existência de algum tipo de acompanhamento implementado fora do contexto da urgência de pediatria e articulada com o serviço de maternidade poderia ser uma sugestão, já que educar e informar os pais acerca dos problemas de saúde mais comuns nas crianças se tem revelado eficaz na redução do número de utilização dos serviços de urgência.

REFERÊNCIAS

Abidin, R. & Wilfong, E. (1989) Parenting stress and its relationship to child health care. *Children's Health Care*, 18 (2), 114-116.

Adams, K. L. & Pace, U. (2006). Parental stress, parenting behavior and observed parent-child interaction. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66 (12-B), 6911.

Allen, E. C., Manuel, J. C., Legault, C., Naughton, M. J., Pivor, C. & O'Shea, T. M. (2004). Perception of child vulnerability among mothers former premature infants. *Pediatrics*, 113, 267-273.

Anthony, K., Gil, K. M. & Schanberg, L. E. (2003). Brief report: parental perceptions of child vulnerability in children with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (3), 185-190.

Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica – perspectiva desenvolvimentista* (2^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Baker, D. W., Stevens, C. D. & Brook, R. H. (1994). Regular source of ambulatory care and medical care utilization by patients presenting to a public hospital emergency department. *JAMA*, 271, 1909-1912.

Bauchner, H., McCarthy, P. L., Sznajderman, S. D, et al. (1987). Do mothers overestimate the seriousness of their infant's acute illness? *Journal Development Behavioural Pediatrics*, 8, 255-259.

Belsky, J. (1981). Early human experience: a family perspective. *Developmental Psychology*, 17, 3-23.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting – a process model. *Child Development*, 55, 83-89.

Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 171-209

Bornstein, M. H. (1988). Mothers, infants and the development of cognitive competence. In H. Fitzgerald, B. Lester & M. Yogman (Eds.), *Theory and research in behavioural pediatrics*. Plenum Press.

Bornstein, M. H., Tamis-Le-Monda, C. S., Pascual, L., Haynes, O. M., Painter, K. M., Galperin, C. Z. & Pêcheux, M. G. (1996). Ideas about parenting in Argentina, France and the United States. *International Journal of behavioural development*, 19 (2), 347-367.

Bowling, A., Issacs, D., Armston, J., Roberts & Elliott E. J. (1987). Patient use of a paediatric hospital casualty department in the East End of London. *Fam. Pract.*, 4, 85-90.

Boyce, W. T. (1992). The vulnerable child: new evidence, new approaches. *Adv Pediatrics*, 39, 1-33.

Boyle, R., Smith, C. & McIntyre, J. (2000). The changing utilization of a children's emergency department. *Ambulatory Child Health*, 6, 39-43.

Cartwright, S. & Cooper, C. L., (1997). *Managing workplace stress*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Chessare, J. B. (1986). Utilization of emergency services among patients of a paediatric group practice. *Pediatrics Emergency Care*, 2, 227-30.

Cooper, C., Simpson J. M. & Hanson, R. (2003). The district hospital emergency department: why do parents present? *Emergency Medicine*, 15(1), 68-76.

Coyne, J. C. & Lazarus, R. S. (1980). Cognitive style, stress perception, and coping. In Kutash, I. L. & Schlesinger, L. B. (Eds.), *Handbook on Stress and Anxiety. Contemporary Knowledge, Theory and Treatment*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Dunst, C. J., Leet, H. E. & Trivette, C. M. (1988). Family resources, personal well-being, and early intervention. *Journal of Special Education*, 22, 108-116.

Doobinin, K. A., Heidt-Davis, P. E., Gross, T. K. & Isaacman D. J. (2003). Nonurgent pediatric emergency department visits: care-seeking behaviour and parental knowledge of insurance. *Pediatric Emergency Care*, 19(1), 10-14.

Estroff, D. B., Yando, R., Burke, K. & Snyder, D. (1994). Perceptions of preschooler's vulnerability by mothers who had delivered preterm. *Journal Pediatrics Psychology*, 19, 709-721.

Forsyth, B. W. & Canny, P. F. (1991). Perceptions of vulnerability 3 ½ years after problems of feeding and crying behaviour in early infancy. *Pediatrics*, 88, 757-763.

Forsyth, B. W. C., Horwitz, S. M., Leventhal, J. M., Burger, S. & Leaf, P. J. (1996). The child vulnerability scale; an instrument to measure parental perceptions of child vulnerability. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 89-101.

Gill, J. M. & Riley, A. W. (1996). Non urgent use of the hospital emergency departments: urgency from the patient's perspective. *J. Fam. Pract.*, 42, 491-496.

Gonçalves, M. & Pires, A. (2001). Estudo do comportamento parental face ao cancro. In A. Pires (Ed.), *Crianças e pais em risco* (pp. 155-175). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Guterman, J., Franaszek, J., Murdy, D. et al. (1985). The 1980 patient urgency study: further analysis of the data. *Ann Emerg Med*, 14, 1191-1198.

Hafon, N., Newacheck, P. W., Wood, D. L., & St Peter, R. F. (1996). Routine emergency department use for sick care by children in the United States. *Pediatrics*, 98, 28-34.

Hanson, R. M. (1993). *A review of casualty services at the children's hospital, Camperdown*. Sydney: University of Sydney.

Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27 (3), 149-160.

Hastings, R. P. & Taunt, H. M. (2002). Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 116-127.

Jessop, D. J. & Stein, R. E. (1994). Providing comprehensive health care to children with chronic illness. *Pediatrics*, 93, 602-607.

Jones, D. S., McNagny, S. E., Williams, M. V. et al (1999). Lack of a regular source of care among children using a public hospital emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 15, 13-16.

Kahn, L., Anderson, M., & Perkoff, G. T. (1973). Patient's perceptions and uses of a pediatric emergency room. *Soc. Sci. Med*, 7, 155-160.

Kemper, K., Forsyth, B., & McCarthy, P. (1989). Jaundice, terminating breast-feeding, and the vulnerable child. *Pediatrics*, 84, 773-778.

Kemper, K., Forsyth, B., & McCarthy, P. (1990). Persistent perceptions of vulnerability following neonatal jaundice. *American Journal of Diseases of Children*, 144(2), 238-241.

Kuo, H. T., Peng, C. T. & Tsai, M. Y. (2005). Pilot study on parental stress and behavioral adjustment to the thalassemia major disease process in children undergoing iron-chelation in western Taiwan. *Hemoglobin*, 30 (2), 301-309.

Kosower, E., Inkelis, S. H., & Seidel, J. S. (1993). Analysis of pediatric emergency department telephone calls. *Pediatric Emergency Care*, 9, 8-11.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Levine, J. (1982). "La nouvelle paternite aux Etats-Unis" en *Colloque International* (pp. 9-12). Paris: Institut Nacional d'Etudes Demographiques.

Levy, J. C. (1980). Vulnerable children: parent's perspectives and the use of medical care. *Pediatrics*, 65, 956-963.

Levy J., Bonanno R., Schwartz C., et al. (1979). Primary care: patterns of use of pediatric medical facilities. *Med Care*, 17, 881-893.

Malone, R. (1998). "Whither the almshouse? Overutilization and the role of the emergency department". *J. Health Polit. Policy Law*, 23, 795-832.

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística – Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

McDowell, A. D., Saylor, C. F., Taylor, M. J., Boyce, G. C., & Stokes, S. J. (1995). Ethnicity and parenting stress change during early intervention. *Early Child Development and Care*, 111, 131-140.

Mistry, R. D., Hoffmann, R. G., Yauck, J. S. & Brousseau, D. C. (2005). Association between parental and Childhood emergency department utilization. *Pediatrics*, 115, 147-151.

Oberlander, T., Pless, I., & Dougherty, G. (1993). Advice seeking and appropriate use of a pediatric emergency department. *Am. J. Dis Child*, 147, 863-867.

Ogden, Jane (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Phelps, K., Taylor, C., Kimmel, S., Nagel, R., Klein & Puczynski, S. (2000). Factors associated with emergency department utilization for nonurgent pediatric problems. *Archives of Family Medicine*, 9 (10), 1086-1092.

Perrin, E. C., West, P. D. & Cullery, B. S. (1989). Is my child normal yet? Correlates of vulnerability. *Pediatrics*, 83, 355-363.

Quittner, A. L., Glueckauf, R. L., & Jackson, D. N. (1990). Chronic parenting stress: Moderating versus mediating effects of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1266-1278.

Ramos, Marco (2001). *Desafiar o desafio – prevenção do stresse no trabalho*. Lisboa: Editora RH.

Ramos, M. (2005). *Crescer em stresse – usar o stresse para envelhecer com sucesso*. Porto: Ambar

Robinson, J., Schwartz, M. K., Magwene, K. S., Drengel S. A. & Tamburello, D. (1989). The impact of fever health education on clinic utilization. *Arch Dis Child*, 143, 698-704.

Ross, R. R. & Altmaier, E. M. (1994). *Intervention in occupational stress*. London: Sage Publications Ltd.

Rothschild, M., Gilboa, S., Sagi, H., Berger, I. & Wolach, B. (1993). Referral, admission, and discharge patterns in a pediatric emergency department in Israel. *Pediatric Emergency Care*, 9, 72-76.

Rayan, M., Spicer, M., Hyett, C., & Barnett, P. (2005). Non-urgent presentations to a paediatric emergency department: parental behaviours, expectations and outcomes. *Emergency Medicine Australasia*, 17, 457-462.

Santos, S. V. (1994). Características do stress em pais de crianças com doenças crónicas e em pais de crianças com problemática emocional. *Análise Psicológica*, 12 (2/3), 301-313.

Santos, S. V. (1998). A Família da Criança com Doença Crónica: Abordagem de algumas características. *Análise Psicológica*, 8 (1), 65-76.

Santos, S. (2002). Características do stress parental em mães de crianças com síndrome nefrótico. *Análise Psicológica*, 2 (XX), 233-241.

Santos, S. V., Ataíde, S., & João, P. (1996). Stress parental em pais de crianças com obesidade e com doença renal crónica. *Análise Psicológica*, 14 (2/3), 231-243.

Sharma, V., Simon, S. D., Bakewell, J. M., Ellerbeck, E. F., Fox, M. H. & Wallace, D. (2000). Factors influencing infant visits to emergency departments. *Pediatrics*, 106 (5), 1031-1039.

Simons, R. L., Lorenz, F. O., Conger, R. D. & Wu, Chyi-In. (1992). Support from Spouse as Mediator and Moderator of the Disruptive Influence of Economic Strain on Parenting. *Child Development*, 63, 1282-1301.

Smith, T. B., Oliver, M. & Innocenti, M. (2001). Parenting stress in families of children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71 (2), 257-261.

Taylor, B. W. (2006). Demography of pediatric emergency care in Halifax, Canada. *Can J Emerg Med*, 8 (4), 269-274.

Thomasgard, M. (1998). Parental perceptions of child vulnerability, overprotection, and parental psychological characteristics. *Child Psychiatric and Human Development*, 28 (4), 223-240.

Thomasgard, M. & Metz, W. P. (1995). The vulnerable child syndrome revisited. *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 16, 47-53.

Thomasgard M. & Metz, W. P. (1996). Differences in health care utilization between parents who perceive their child as vulnerable versus overprotective parents. *Clin Pediatr (Phila)*, 35, 303-308.

Thomasgard M. & Metz, W. P. (1997). Parental overprotection and its relation to perceived child vulnerability. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67 (2), 330-335.

Turk, D. C., Litt, M. D., Salovey, P. & Walker, J. (1985). Seeking urgent pediatric treatment: factors contributing to frequency, delay, and appropriateness. *Health Psychology, 4*, 43-59.

Ullman, R., Block, J. & Stratman, W. (1975). An emergency room's patients: their characteristics and utilization of hospital services. *Med Care, 13*, 1011-1020.

Whitehouse, K., Kissoon, N. & Jass, J. (1992). An unanticipated increase in patient visits to a pediatric emergency department. *J. Emerg. Med., 10*, 637-642.

Woolfenden, S., Ritchie, J., Hanson, R. & Nossar, V. (2000). Parental use of a paediatric emergency department as an ambulatory care service. *Aust. NZJ. Public Health, 24*, 204-206.

Zaffani, S., Cuzzolin, L., Meneghelli, G., Gangemi, M., Murgia, V., Chiamenti, G., & Benoni, G. (2005). An analysis of the factors influencing the paediatrician-parents relationship: the importance of the socio-demographic characteristics of the mothers. *Child: Care, Health and Development, 31 (45)*, 575-580.

ANEXOS

Anexo I

Escalas, Questionário Demográfico e Termo de Consentimento Informado

Escala de Percepção de Vulnerabilidade Infantil

(CVS – Child Vulnerability Scale de B. W. C. Forsyth)

Instruções: Para cada afirmação, por favor escolha a resposta que pensa ser a mais apropriada para o seu filho.

1. Em geral, a minha criança parece menos saudável que as outras crianças.

2. Muitas vezes penso em telefonar ao médico por causa do meu filho(a).

3. Quando alguma doença aparece geralmente o(a) meu filho(a) apanha.

4. Muitas vezes durante a noite vou verificar se está tudo bem com o meu filho(a).

5. Por vezes preocupo-me por o meu filho(a) não parecer tão saudável como deveria.

6. Muitas vezes tenho que manter o meu filho(a) dentro de casa por razões de saúde.

7. Fico preocupado com as olheiras que circundam os olhos do meu filho(a).

8. O meu filho(a) apanha mais constipações do que outras crianças que eu conheço.

Definitivamente Verdade (3)	A maior parte das vezes verdade (2)	A maior parte das vezes falso (1)	Definitivamente Falso (0)

Escala de Stress Parental

(PSS – Parental Stress Scale de J. O. Berry & W. H. Jones)

Instruções: As seguintes afirmações descrevem sentimentos e percepções acerca da experiência de ser pai/mãe. Pense em cada um dos itens em termos de como é tipicamente a sua relação com o seu filho(a) ou filhos. Por favor, indique até que ponto concorda ou discorda dos seguintes itens, colocando o número no respectivo espaço, de acordo com a grelha seguinte.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Totalmente

- ___ 1. Estou contente no meu papel de pai (mãe).
- ___ 2. Faço tudo o que for preciso pelo(s) meu(s) filho(s).
- ___ 3. Cuidar do(s) meu(s) filho(s) por vezes exige mais tempo e energia do que aquele que tenho para dar.
- ___ 4. Às vezes penso se faço o suficiente pelo(s) meu(s) filho(s).
- ___ 5. Sinto-me próximo do(s) meu(s) filho(s).
- ___ 6. Gosto de passar tempo com o (s) meu(s) filho(s).
- ___ 7. O (s) meu(s) filho(s) é uma importante fonte de afecto para mim.
- ___ 8. Ter um filho(s) dá-me uma perspectiva mais convicta e optimista do futuro.
- ___ 9. A maior fonte de stress na minha vida é o meu(s) filho(s).
- ___ 10. Ter um filho(s) deixa-me pouco tempo e não me permite uma grande flexibilidade na minha vida.
- ___ 11. Ter um filho(s) tem sido um peso financeiro.
- ___ 12. É difícil contrabalançar diferentes responsabilidades por causa do(s) meu(s) filho(s).
- ___ 13. O comportamento do(s) meu(s) filho(s) é muitas vezes embaraçador ou stressante para mim.
- ___ 14. Se fizesse tudo de novo decidia não ter filho(s).
- ___ 15. Eu sinto-me oprimido(a) pela responsabilidade de ser pai (mãe).
- ___ 16. Ter um filho(s) significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida.
- ___ 17. Sinto-me satisfeito(a) como pai(mãe).
- ___ 18. Acho o(s) meu(s) filho(s) adoráveis.

Escala de Esforço Económico Familiar

(FESS - Family Economic Strain Scale de J. M. Hilton & E. L. Devall)

Instruções: As seguintes afirmações descrevem algumas formas de esforço económico experimentado por famílias. Para cada afirmação, por favor coloque um **círculo** à volta da resposta que indique **o quanto** a situação descrita se aplica a si.

	Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. É difícil para mim e para a minha família viver do nosso ordenado.	1	2	3	4	5
2. Tenho problemas monetários.	1	2	3	4	5
3. Problemas financeiros interferem com o meu trabalho e com a minha rotina diária.	1	2	3	4	5
4. Preocupo-me com assuntos financeiros.	1	2	3	4	5
5. Problemas financeiros interferem com o meu relacionamento com outras pessoas.	1	2	3	4	5
6. Preocupo-me em desapontar os meus filhos por não poder dar-lhes coisas que eles desejam.	1	2	3	4	5
7. Preocupo-me em ter dinheiro para férias e outras ocasiões especiais.	1	2	3	4	5
8. Privo-me de algumas actividades familiares (tais como férias, cinema, ou eventos especiais) devido às despesas.	1	2	3	4	5
9. Sinto-me frustrado por não poder ter a educação ou instrução de que preciso para ir mais além.	1	2	3	4	5
10. Tenho de excluir seguros de saúde para a minha família por causa das despesas.	1	2	3	4	5
11. Tenho de excluir planos de saúde dentária para a minha família por causa das despesas.	1	2	3	4	5
12. Sinto-me mal por não poder comprar roupa de marca para os meus filhos como outras crianças da mesma idade usam.	1	2	3	4	5

Comparativamente com outras famílias Portuguesas, diria que o seu rendimento é:

- Muito abaixo da média
- Abaixo da Média
- Média
- Acima da média
- Muito acima da média

(Versão de Mixão & Leal, 2005)

O presente questionário é anônimo e confidencial, e destina-se a ser preenchido pelo (s) pai (s) das crianças que recorrem à Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria. Surge no âmbito de uma investigação sobre o stress parental e a recorrência à urgência de pediatria deste hospital. Por favor responda às seguintes questões:

Data de admissão na urgência: _ / _ / _ Hora: _____

Idade da Criança: _____ Sexo: M F Criança acompanhada por: Mãe Pai

Etnia/Raça: _____ Nacionalidade _____

Tem Irmãos? Sim Não Se Sim que idade têm? _____

Que razões o levaram a recorrer com o seu filho à urgência?

Que razões o levaram a recorrer a este serviço de urgência?

Obrigada pela colaboração!

Termo de Consentimento Informado para Participação no Estudo “A Recorrência à Urgência de Pediatria e o Stress Parental”.

Eu, _____ (nome do participante) fui informado(a) que se encontra a decorrer na Urgência de Pediatria, do Hospital de Santa Maria um estudo que visa estudar a relação entre a recorrência à Urgência de Pediatria e o stress dos pais.

Trata-se de um estudo que se insere no âmbito de uma tese de mestrado, pelo que aceito colaborar no mesmo respondendo, de forma anónima, aos questionários que me são apresentados.

Fui informado(a) sobre o conteúdo, procedimentos e objectivos do estudo acima mencionado, tendo por responsável a psicóloga Lurdes Mixão. Foi-me dada a oportunidade para esclarecer as minhas dúvidas tendo estas sido clarificadas. Tive tempo suficiente para decidir sobre a minha participação ou não participação no estudo.

Foi-me dada a garantia de que todos os dados por mim fornecidos serão tratados de forma confidencial e anónima, aquando da divulgação dos resultados do estudo.

Data: __ / __ / __

(Assinatura do Participante)

Anexo II

**Análise Factorial e Análise de Consistência Interna da Escala de Percepção de
Vulnerabilidade Infantil**

Factor Analysis

Warnings

Only one component was extracted. Component plots cannot be produced.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,845
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	801,702
	df	28
	Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
1. Em geral, a minha criança parece menos saudável que as outras crianças.	1,000	,449
2. Muitas vezes penso em telefonar ao médico por causa do meu filho(a).	1,000	,473
3. Quando alguma doença aparece geralmente o(a) meu filho(a) apanha.	1,000	,344
4. Muitas vezes durante a noite vou verificar se está tudo bem com o meu filho(a).	1,000	,297
5. Por vezes preocupo-me por o meu filho(a) não parecer tão saudável como deveria.	1,000	,578
6. Muitas vezes tenho que manter o meu filho(a) dentro de casa por razões de saúde.	1,000	,481
7. Fico preocupado com as olheiras que circundam os olhos do meu filho(a).	1,000	,320
8. O meu filho(a) apanha mais constipações do que outras crianças que eu conheço.	1,000	,476

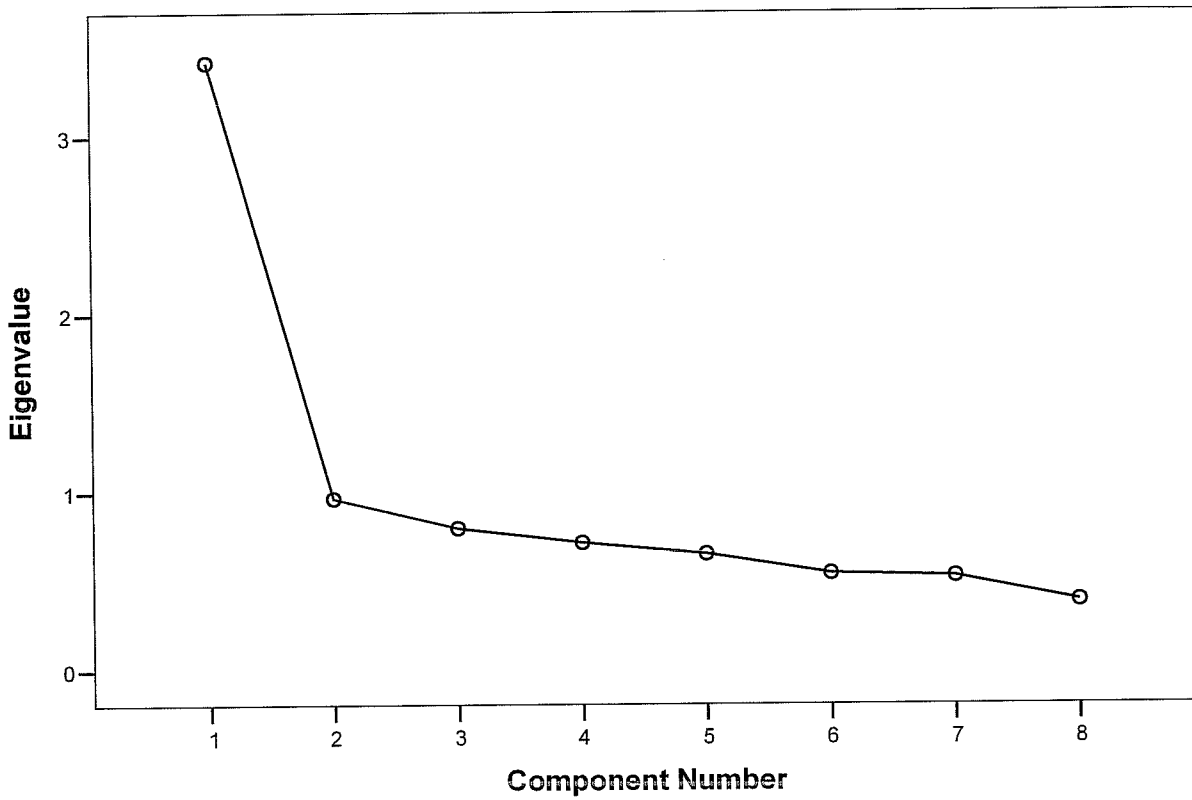
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,418	42,725	42,725	3,418	42,725	42,725
2	,966	12,077	54,802			
3	,798	9,975	64,777			
4	,716	8,946	73,722			
5	,651	8,140	81,863			
6	,541	6,759	88,622			
7	,524	6,548	95,170			
8	,386	4,830	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Component Matrix^a

	Component
	1
1. Em geral, a minha criança parece menos saudável que as outras crianças.	,670
2. Muitas vezes penso em telefonar ao médico por causa do meu filho(a).	,688
3. Quando alguma doença aparece geralmente o(a) meu filho(a) apanha.	,587
4. Muitas vezes durante a noite vou verificar se está tudo bem com o meu filho(a).	,545
5. Por vezes preocupo-me por o meu filho(a) não parecer tão saudável como deveria.	,760
6. Muitas vezes tenho que manter o meu filho(a) dentro de casa por razões de saúde.	,693
7. Fico preocupado com as olheiras que circundam os olhos do meu filho(a).	,565
8. O meu filho(a) apanha mais constipações do que outras crianças que eu conheço.	,690

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

a. Only one component was extracted. The solution cannot be rotated.

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	404	97,1
Excluded ^a	12	2,9
Total	416	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,800	8

Anexo III

Análise Factorial e Análise de Consistência Interna da Escala de Stresse Parental

Factor Analysis

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,793
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1645,833
	df	153
	Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
1. Estou contente no meu papel de pai (mãe).	1,000	,567
2. Faço tudo o que for preciso pelo(s) meu(s) filho(s).	1,000	,410
3. Cuidar do(s) meu(s) filho(s) por vezes exige mais tempo e energia do que aquele que tenho para dar.	1,000	,619
4. Às vezes penso se faço o suficiente pelo(s) meu(s) filho(s).	1,000	,626
5. Sinto-me próximo do(s) meu(s) filho(s).	1,000	,350
6. Gosto de passar tempo com o (s) meu(s) filho(s).	1,000	,507
7. O (s) meu(s) filho(s) é uma importante fonte de afecto para mim.	1,000	,400
8. Ter um filho(s) dá-me uma perspectiva mais convicta e optimista do futuro.	1,000	,336
9. A maior fonte de stress na minha vida é o meu(s) filho(s).	1,000	,519
10. Ter um filho(s) deixa-me pouco tempo e não me permite uma grande flexibilidade na minha vida.	1,000	,622
11. Ter um filho(s) tem sido um peso financeiro.	1,000	,623
12. É difícil contrabalançar diferentes responsabilidades por causa do(s) meu(s) filho(s).	1,000	,582
13. O comportamento do(s) meu(s) filho(s) é muitas vezes embaraçador ou stressante para mim.	1,000	,458
14. Se fizesse tudo de novo decidia não ter filho(s).	1,000	,514
15. Eu sinto-me oprimido(a) pela responsabilidade de ser pai (mãe).	1,000	,508
16. Ter um filho(s) significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida.	1,000	,574
17. Sinto-me satisfeito(a) como pai(mãe).	1,000	,607
18. Acho o(s) meu(s) filho(s) adoráveis.	1,000	,321

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,033	22,407	22,407
2	2,387	13,260	35,667
3	1,453	8,073	43,740
4	1,269	7,050	50,790
5	,999	5,552	56,343
6	,877	4,873	61,216
7	,850	4,721	65,937
8	,791	4,395	70,332
9	,748	4,157	74,488
10	,695	3,863	78,352
11	,632	3,513	81,864
12	,590	3,280	85,144
13	,555	3,082	88,226
14	,519	2,885	91,111
15	,491	2,726	93,837
16	,448	2,489	96,325
17	,363	2,015	98,340
18	,299	1,660	100,000

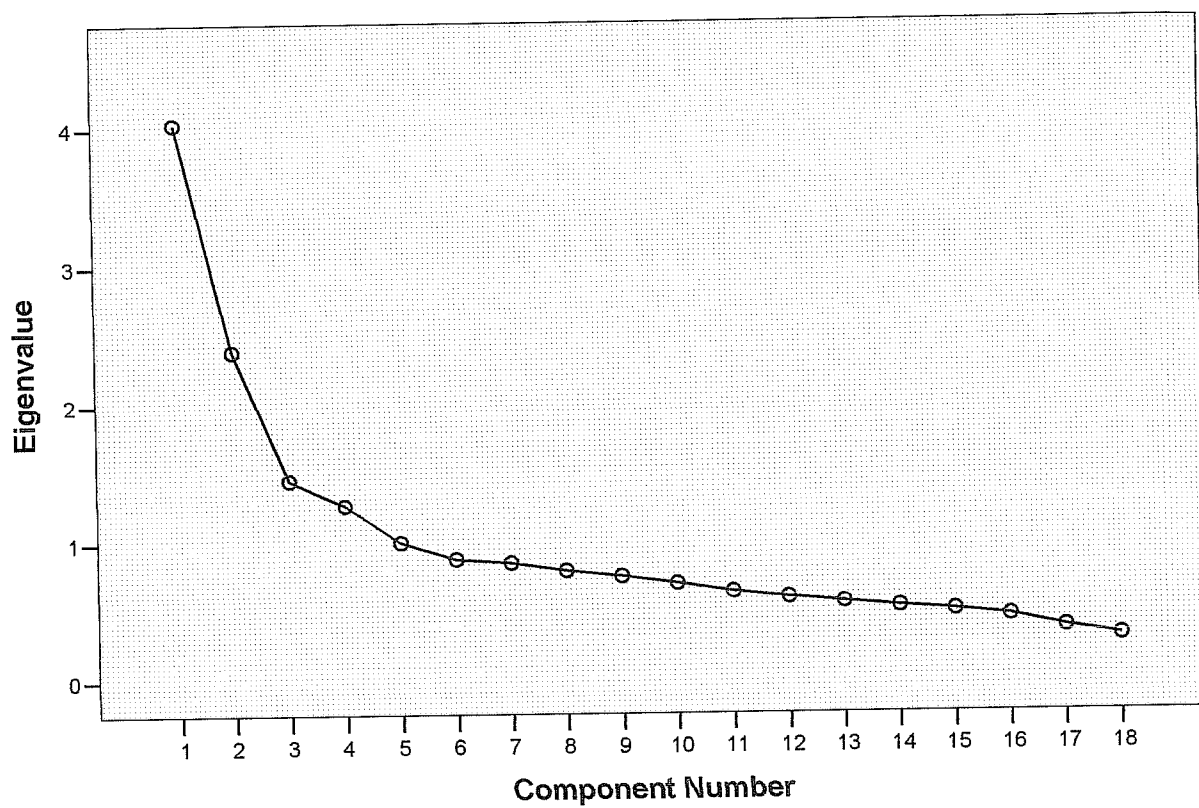
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,033	22,407	22,407	2,800	15,558	15,558
2	2,387	13,260	35,667	2,483	13,793	29,351
3	1,453	8,073	43,740	2,248	12,491	41,841
4	1,269	7,050	50,790	1,611	8,949	50,790
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
1. Estou contente no meu papel de pai (mãe).	,500	,453	-,311	,122
2. Faço tudo o que for preciso pelo(s) meu(s) filho(s).	,306	,541	,071	,136
3. Cuidar do(s) meu(s) filho(s) por vezes exige mais tempo e energia do que aquele que tenho para dar.	,254	-,467	,088	,574
4. Às vezes penso se faço o suficiente pelo(s) meu(s) filho(s).	,160	-,413	,095	,648
5. Sinto-me próximo do(s) meu(s) filho(s).	,346	,427	,178	,127
6. Gosto de passar tempo com o (s) meu(s) filho(s).	,431	,435	,200	,304
7. O (s) meu(s) filho(s) é uma importante fonte de afecto para mim.	,256	,495	,292	,069
8. Ter um filho(s) dá-me uma perspectiva mais convicta e optimista do futuro.	,277	,340	,323	-,199
9. A maior fonte de stress na minha vida é o meu(s) filho(s).	,545	-,438	,165	,048
10. Ter um filho(s) deixa-me pouco tempo e não me permite uma grande flexibilidade na minha vida.	,618	-,339	,171	-,309
11. Ter um filho(s) tem sido um peso financeiro.	,595	-,212	,345	-,324
12. É difícil contrabalançar diferentes responsabilidades por causa do(s) meu(s) filho(s).	,618	-,321	,176	-,257
13. O comportamento do(s) meu(s) filho(s) é muitas vezes embaraçador ou stressante para mim.	,587	-,298	,088	,134
14. Se fizesse tudo de novo decidia não ter filho(s).	,357	-,014	-,621	,035
15. Eu sinto-me oprimido(a) pela responsabilidade de ser pai (mãe).	,614	-,060	-,356	,015
16. Ter um filho(s) significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida.	,625	-,134	-,362	-,187
17. Sinto-me satisfeito(a) como pai(mãe).	,609	,329	-,357	,012
18. Acho o(s) meu(s) filho(s) adoráveis.	,357	,306	,299	,104

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 4 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
1. Estou contente no meu papel de pai (mãe).	-,039	,461	,593	-,035
2. Faço tudo o que for preciso pelo(s) meu(s) filho(s).	-,080	,605	,183	-,065
3. Cuidar do(s) meu(s) filho(s) por vezes exige mais tempo e energia do que aquele que tenho para dar.	,169	-,054	,026	,766
4. Às vezes penso se faço o suficiente pelo(s) meu(s) filho(s).	,050	-,034	-,022	,788
5. Sinto-me próximo do(s) meu(s) filho(s).	,043	,581	,102	-,003
6. Gosto de passar tempo com o (s) meu(s) filho(s).	,027	,679	,137	,164
7. O (s) meu(s) filho(s) é uma importante fonte de afecto para mim.	,018	,624	-,036	-,091
8. Ter um filho(s) dá-me uma perspectiva mais convicta e optimista do futuro.	,233	,465	-,078	-,244
9. A maior fonte de stress na minha vida é o meu(s) filho(s).	,612	,000	,110	,364
10. Ter um filho(s) deixa-me pouco tempo e não me permite uma grande flexibilidade na minha vida.	,774	,020	,146	,026
11. Ter um filho(s) tem sido um peso financeiro.	,769	,175	,005	-,034
12. É difícil contrabalançar diferentes responsabilidades por causa do(s) meu(s) filho(s).	,745	,049	,146	,063
13. O comportamento do(s) meu(s) filho(s) é muitas vezes embaraçador ou stressante para mim.	,509	,113	,217	,374
14. Se fizesse tudo de novo decidia não ter filho(s).	,008	-,105	,707	,048
15. Eu sinto-me oprimido(a) pela responsabilidade de ser pai (mãe).	,308	,084	,624	,127
16. Ter um filho(s) significa ter poucas escolhas e pouco controlo sobre a minha vida.	,436	-,019	,619	-,011
17. Sinto-me satisfeito(a) como pai(mãe).	,124	,371	,672	-,056
18. Acho o(s) meu(s) filho(s) adoráveis.	,161	,541	-,008	,046

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

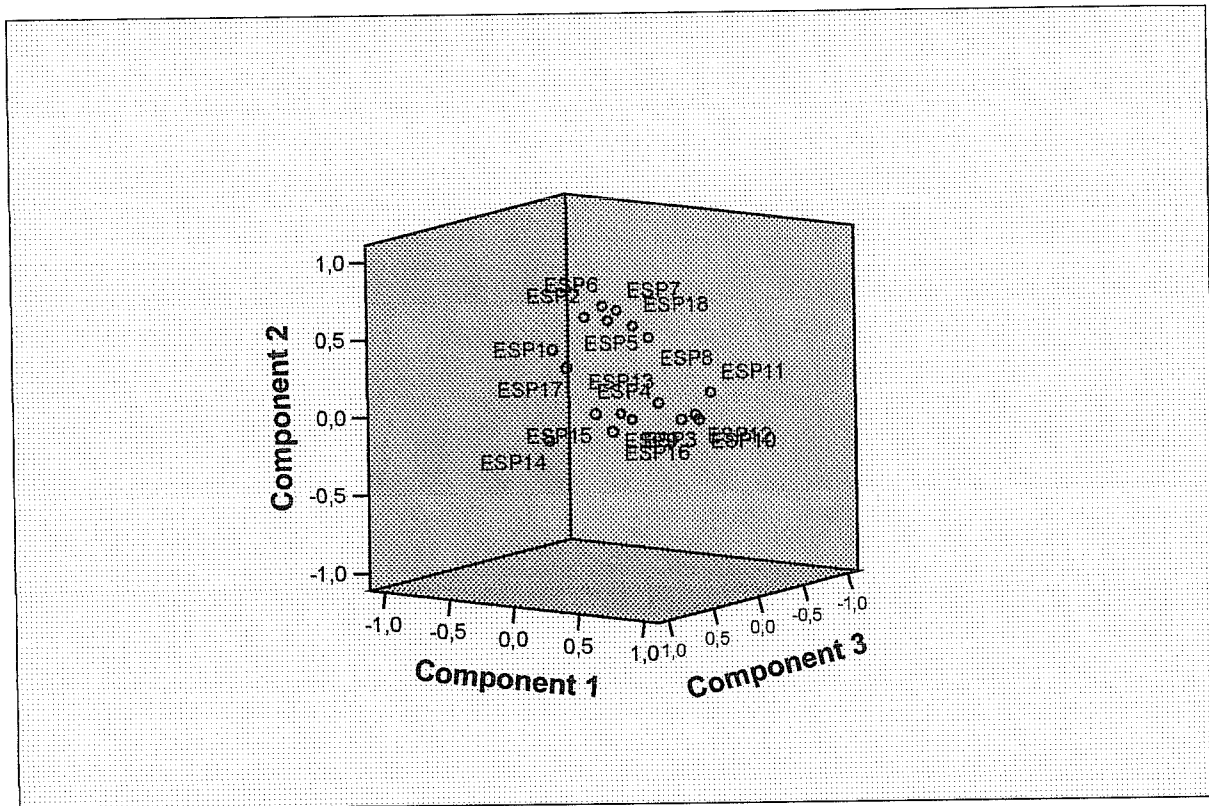
a. Rotation converged in 5 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4
1	,676	,450	,550	,195
2	-,467	,745	,126	-,459
3	,362	,424	-,825	,093
4	-,440	,250	,032	,862

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Component Plot in Rotated Space



Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	393	94,5
Excluded ^a	23	5,5
Total	416	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,760	18

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	398	95,7
	Excluded ^a	18	4,3
	Total	416	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,774	17

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	402	96,6
	Excluded ^a	14	3,4
	Total	416	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,782	5

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	415	99,8
	Excluded ^a	1	,2
	Total	416	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,576	6

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	416	100,0
Excluded ^a	0	,0
Total	416	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,621	5

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	414	99,5
	Excluded ^a	2	,5
	Total	416	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,692	5

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	410	98,6
Excluded ^a	6	1,4
Total	416	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,568	2

Anexo IV

**Análise Factorial e Análise de Consistência Interna da Escala de Esforço
Económico Familiar**

Factor Analysis

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,920
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2543,728
	df	78
	Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
1. É difícil para mim e para a minha família viver do nosso ordenado.	1,000	,704
2. Tenho problemas monetários.	1,000	,690
3. Problemas financeiros interferem com o meu trabalho e com a minha rotina diária	1,000	,666
4. Preocupo-me com assuntos financeiros.	1,000	,491
5. Problemas financeiros interferem com o meu relacionamento com outras pessoas.	1,000	,400
6. Preocupo-me em desapontar os meus filhos por não poder dar-lhes coisas que eles desejam.	1,000	,482
7. Preocupo-me em ter dinheiro para férias e outras ocasiões especiais.	1,000	,849
8. Privo-me de algumas actividades familiares (tais como férias, cinema, ou eventos especiais) devido às despesas.	1,000	,625
9. Sinto-me frustrado por não poder ter a educação ou instrução de que preciso para ir mais além.	1,000	,426
10. Tenho de excluir seguros de saúde para a minha família por causa das despesas.	1,000	,547
11. Tenho de excluir planos de saúde dentária para a minha família por causa das despesas.	1,000	,617
12. Sinto-me mal por não poder comprar roupa de marca para os meus filhos como outras crianças da mesma idade usam.	1,000	,366
Comparativamente com outras famílias Portuguesas, diria que o seu rendimento é:	1,000	,505

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,304	48,494	48,494
2	1,064	8,184	56,678
3	,932	7,170	63,848
4	,774	5,954	69,802
5	,712	5,476	75,278
6	,600	4,614	79,893
7	,555	4,269	84,162
8	,485	3,732	87,893
9	,455	3,500	91,394
10	,375	2,885	94,279
11	,311	2,389	96,668
12	,238	1,828	98,496
13	,195	1,504	100,000

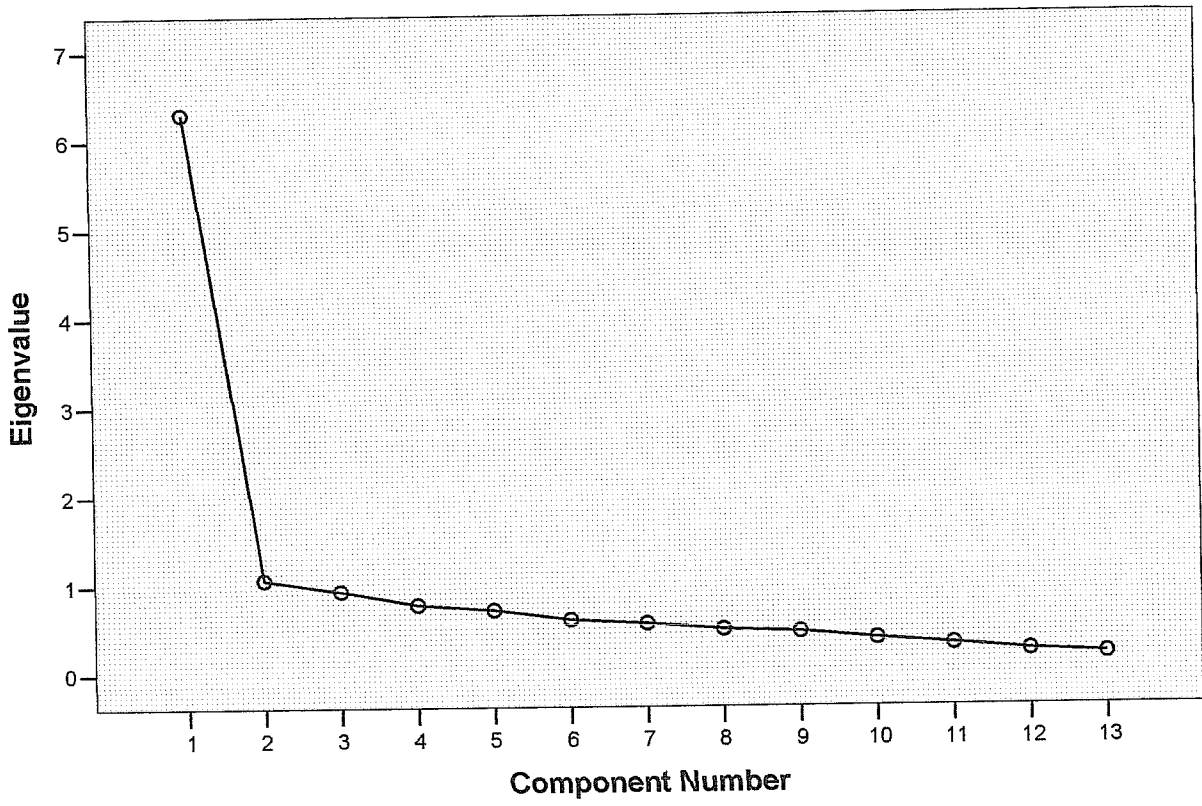
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,304	48,494	48,494	5,677	43,668	43,668
2	1,064	8,184	56,678	1,691	13,010	56,678
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Component Matrix^a

	Component	
	1	2
1. É difícil para mim e para a minha família viver do nosso ordenado.	,828	-,137
2. Tenho problemas monetários.	,808	-,192
3. Problemas financeiros interferem com o meu trabalho e com a minha rotina diária	,812	-,079
4. Preocupo-me com assuntos financeiros.	,638	,289
5. Problemas financeiros interferem com o meu relacionamento com outras pessoas.	,627	-,085
6. Preocupo-me em desapontar os meus filhos por não poder dar-lhes coisas que eles desejam.	,673	,169
7. Preocupo-me em ter dinheiro para férias e outras ocasiões especiais.	,284	,877
8. Privo-me de algumas actividades familiares (tais como férias, cinema, ou eventos especiais) devido às despesas.	,791	-,003
9. Sinto-me frustrado por não poder ter a educação ou instrução de que preciso para ir mais além.	,646	,091
10. Tenho de excluir seguros de saúde para a minha família por causa das despesas.	,729	-,122
11. Tenho de excluir planos de saúde dentária para a minha família por causa das despesas.	,781	-,088
12. Sinto-me mal por não poder comprar roupa de marca para os meus filhos como outras crianças da mesma idade usam.	,581	,167
Comparativamente com outras famílias Portuguesas, diria que o seu rendimento é:	,670	-,235

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 2 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component	
	1	2
1. É difícil para mim e para a minha família viver do nosso ordenado.	,824	,158
2. Tenho problemas monetários.	,825	,099
3. Problemas financeiros interferem com o meu trabalho e com a minha rotina diária	,789	,207
4. Preocupo-me com assuntos financeiros.	,499	,492
5. Problemas financeiros interferem com o meu relacionamento com outras pessoas.	,618	,138
6. Preocupo-me em desapontar os meus filhos por não poder dar-lhes coisas que eles desejam.	,573	,391
7. Preocupo-me em ter dinheiro para férias e outras ocasiões especiais.	-,037	,921
8. Privo-me de algumas actividades familiares (tais como férias, cinema, ou eventos especiais) devido às despesas.	,743	,271
9. Sinto-me frustrado por não poder ter a educação ou instrução de que preciso para ir mais além.	,575	,309
10. Tenho de excluir seguros de saúde para a minha família por causa das despesas.	,726	,138
11. Tenho de excluir planos de saúde dentária para a minha família por causa das despesas.	,763	,188
12. Sinto-me mal por não poder comprar roupa de marca para os meus filhos como outras crianças da mesma idade usam.	,488	,358
Comparativamente com outras famílias Portuguesas, diria que o seu rendimento é:	,710	,011

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

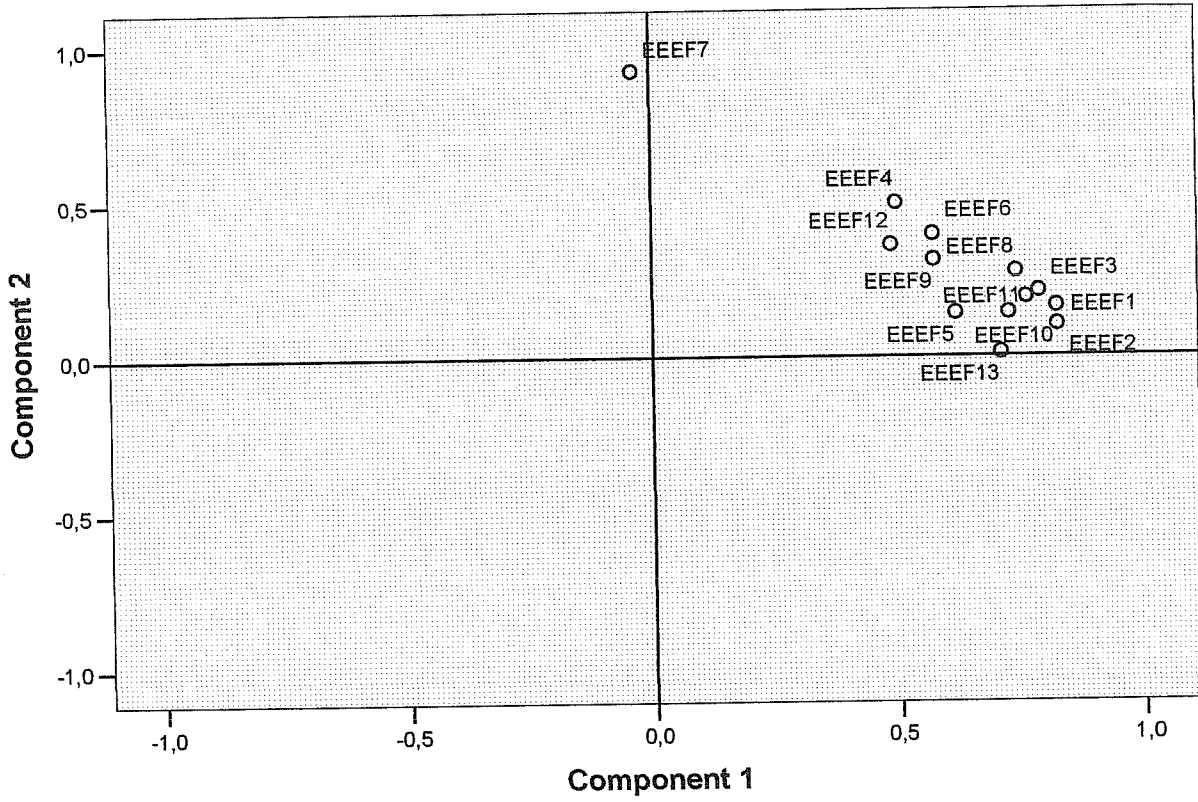
a. Rotation converged in 3 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2
1	,938	,346
2	-,346	,938

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Component Plot in Rotated Space



Factor Analysis

Warnings

Only one component was extracted. Component plots cannot be produced.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,923
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2496,470
	df	66
	Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
1. É difícil para mim e para a minha família viver do nosso ordenado.	1,000	,690
2. Tenho problemas monetários.	1,000	,660
3. Problemas financeiros interferem com o meu trabalho e com a minha rotina diária	1,000	,661
4. Preocupo-me com assuntos financeiros.	1,000	,399
5. Problemas financeiros interferem com o meu relacionamento com outras pessoas.	1,000	,395
6. Preocupo-me em desapontar os meus filhos por não poder dar-lhes coisas que eles desejam.	1,000	,452
8. Privo-me de algumas actividades familiares (tais como férias, cinema, ou eventos especiais) devido às despesas.	1,000	,623
9. Sinto-me frustrado por não poder ter a educação ou instrução de que preciso para ir mais além.	1,000	,416
10. Tenho de excluir seguros de saúde para a minha família por causa das despesas.	1,000	,538
11. Tenho de excluir planos de saúde dentária para a minha família por causa das despesas.	1,000	,613
12. Sinto-me mal por não poder comprar roupa de marca para os meus filhos como outras crianças da mesma idade usam.	1,000	,337
Comparativamente com outras famílias Portuguesas, diria que o seu rendimento é:	1,000	,455

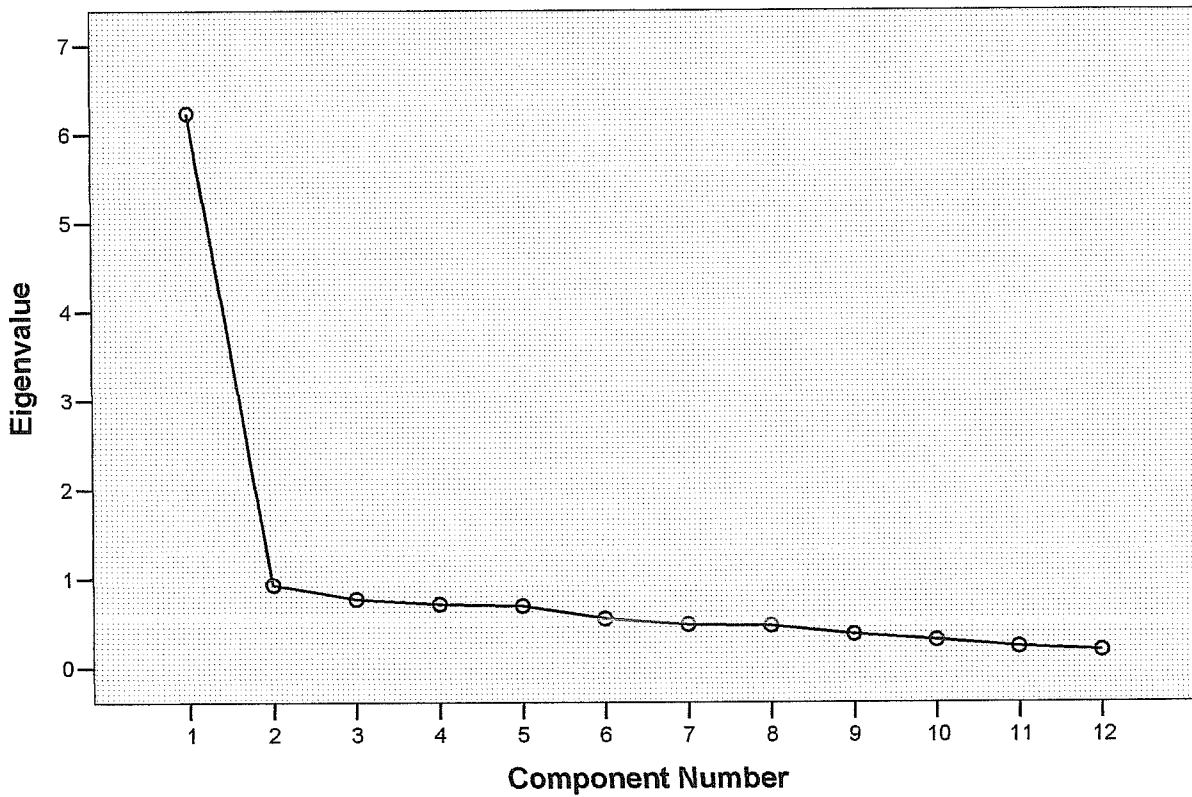
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,239	51,992	51,992	6,239	51,992	51,992
2	,934	7,786	59,778			
3	,773	6,444	66,222			
4	,716	5,969	72,191			
5	,697	5,812	78,003			
6	,554	4,617	82,620			
7	,488	4,066	86,686			
8	,474	3,953	90,638			
9	,377	3,143	93,781			
10	,313	2,611	96,392			
11	,238	1,979	98,372			
12	,195	1,628	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Component Matrix^a

	Component
	1
1. É difícil para mim e para a minha família viver do nosso ordenado.	,830
2. Tenho problemas monetários.	,812
3. Problemas financeiros interferem com o meu trabalho e com a minha rotina diária	,813
4. Preocupo-me com assuntos financeiros.	,631
5. Problemas financeiros interferem com o meu relacionamento com outras pessoas.	,629
6. Preocupo-me em desapontar os meus filhos por não poder dar-lhes coisas que eles desejam.	,672
8. Privo-me de algumas actividades familiares (tais como férias, cinema, ou eventos especiais) devido às despesas.	,790
9. Sinto-me frustrado por não poder ter a educação ou instrução de que preciso para ir mais além.	,645
10. Tenho de excluir seguros de saúde para a minha família por causa das despesas.	,733
11. Tenho de excluir planos de saúde dentária para a minha família por causa das despesas.	,783
12. Sinto-me mal por não poder comprar roupa de marca para os meus filhos como outras crianças da mesma idade usam.	,580
Comparativamente com outras famílias Portuguesas, diria que o seu rendimento é:	,675

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

a. Only one component was extracted. The solution cannot be rotated.

Reliability

Warnings

The space saver method is used. That is, the covariance matrix is not calculated or used in the analysis.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	393	94,5
	Excluded ^a	23	5,5
	Total	416	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,912	12

Anexo V

Autorização da Instituição para a realização do estudo



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Comissão de Ética para a Saúde

Presidente:

Dr. Frederico Silveira Machado

Vice-Presidente:

Prof. Doutora Maria Luísa Figueira

Membros:

Dr. Mário Miguel Rosa

Dra. Gabriela Mendes

Dra. Graça Nogueira

Enf. Isabel Côrte-Real

Padre Fernando Sampaio

Ex.ma Senhora

Enf. Graduada Maria de Lurdes Gonçalves

Mixão

Urgência de Pediatria

Serviço de Pediatria do H. S. M.

Lisboa, 9 de Março de 2006

Assunto: Estudo "A Recorrência à Urgência de Pediatria e o Stress Parental"

Pela presente, informamos V.ª Ex.ª. que o Estudo acima indicado, obteve em reunião realizada a 9 de Março de 2006, parecer favorável desta Comissão de Ética.

Mais se informa que o referido Estudo foi enviado ao Conselho de Administração a fim de obter a autorização necessária para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Dr. Frederico Silveira Machado

Anexo VI

MANOVA (Acompanhamento – Posição na Fratria)

General Linear Model

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Acompanhamento	1	Mãe	267
	2	Pai	32
	3	Ambos	62
Posição na fratria	1	Filho único	116
	2	Filho mais velho	65
	3	Filho mais novo	161
	4	Outros	19

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	58,979
F	,980
df1	54
df2	5412,592
Sig.	,516

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept+Acomp+Posiçãofr+Acomp * Posiçãofr

Multivariate Tests^c

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	,859	703,994 ^a	3,000	347,000	,000
	Wilks' Lambda	,141	703,994 ^a	3,000	347,000	,000
	Hotelling's Trace	6,086	703,994 ^a	3,000	347,000	,000
	Roy's Largest Root	6,086	703,994 ^a	3,000	347,000	,000
Acomp	Pillai's Trace	,011	,648	6,000	696,000	,692
	Wilks' Lambda	,989	,647 ^a	6,000	694,000	,693
	Hotelling's Trace	,011	,646	6,000	692,000	,694
	Roy's Largest Root	,010	1,104 ^b	3,000	348,000	,348
Posiçãofr	Pillai's Trace	,048	1,887	9,000	1047,000	,050
	Wilks' Lambda	,953	1,886	9,000	844,657	,051
	Hotelling's Trace	,049	1,881	9,000	1037,000	,051
	Roy's Largest Root	,029	3,357 ^b	3,000	349,000	,019
Acomp * Posiçãofr	Pillai's Trace	,039	,758	18,000	1047,000	,751
	Wilks' Lambda	,962	,758	18,000	981,949	,751
	Hotelling's Trace	,039	,758	18,000	1037,000	,751
	Roy's Largest Root	,028	1,606 ^b	6,000	349,000	,144

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c. Design: Intercept+Acomp+Posiçãofr+Acomp * Posiçãofr

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
Score_EEEF	1,576	11	349	,104
Score_ESP	,692	11	349	,746
Score_EVI	1,613	11	349	,093

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+Acomp+Posiçãofr+Acomp * Posiçãofr

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	Score_EEEF	990,202 ^a	11	90,018	,983	,461
	Score_ESP	906,247 ^b	11	82,386	1,858	,044
	Score_EVI	223,732 ^c	11	20,339	,832	,608
Intercept	Score_EEEF	79709,607	1	79709,607	870,474	,000
	Score_ESP	91476,579	1	91476,579	2063,346	,000
	Score_EVI	4932,288	1	4932,288	201,856	,000
Acomp	Score_EEEF	97,690	2	48,845	,533	,587
	Score_ESP	120,279	2	60,140	1,357	,259
	Score_EVI	1,484	2	,742	,030	,970
Posiçãofr	Score_EEEF	511,146	3	170,382	1,861	,136
	Score_ESP	226,338	3	75,446	1,702	,166
	Score_EVI	133,373	3	44,458	1,819	,143
Acomp * Posiçãofr	Score_EEEF	165,359	6	27,560	,301	,936
	Score_ESP	255,630	6	42,605	,961	,452
	Score_EVI	111,772	6	18,629	,762	,600
Error	Score_EEEF	31958,048	349	91,570		
	Score_ESP	15472,601	349	44,334		
	Score_EVI	8527,725	349	24,435		
Total	Score_EEEF	347079,000	361			
	Score_ESP	376000,000	361			
	Score_EVI	26245,000	361			
Corrected Total	Score_EEEF	32948,249	360			
	Score_ESP	16378,848	360			
	Score_EVI	8751,457	360			

a. R Squared = ,030 (Adjusted R Squared = -,001)

b. R Squared = ,055 (Adjusted R Squared = ,026)

c. R Squared = ,026 (Adjusted R Squared = -,005)

Anexo VII

MANOVA (Sexo – Idade – Acompanhamento)

General Linear Model

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Sexo	1	Masculino	174
	2	Feminino	190
Idades	,01		1
	,02		1
	,04		2
	,05		1
	,06		10
	,07		4
	,08		2
	,09		8
	,10		3
	,11		3
	1,00		18
	2,00		43
	3,00		40
	4,00		44
	5,00		29
	6,00		26
	7,00		27
	8,00		25
9,00		20	
10,00		14	
11,00		13	
12,00		9	
13,00		6	
14,00		8	
15,00		7	
Acompanhamento	1	Mãe	271
	2	Pai	32
	3	Ambos	61

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	239,454
F	,972
df1	186
df2	5399,870
Sig.	,594

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept+Sexo+Idades+Acomp+Sexo * Idades+Sexo * Acomp+Idades * Acomp+Sexo * Idades * Acomp

Multivariate Tests^c

Effect		Value	F	Hypothesis df
Intercept	Pillai's Trace	,883	681,706 ^a	3,000
	Wilks' Lambda	,117	681,706 ^a	3,000
	Hotelling's Trace	7,575	681,706 ^a	3,000
	Roy's Largest Root	7,575	681,706 ^a	3,000
Sexo	Pillai's Trace	,019	1,701 ^a	3,000
	Wilks' Lambda	,981	1,701 ^a	3,000
	Hotelling's Trace	,019	1,701 ^a	3,000
	Roy's Largest Root	,019	1,701 ^a	3,000
Idades	Pillai's Trace	,226	,925	72,000
	Wilks' Lambda	,789	,923	72,000
	Hotelling's Trace	,247	,922	72,000
	Roy's Largest Root	,121	1,366 ^b	24,000
Acomp	Pillai's Trace	,031	1,411	6,000
	Wilks' Lambda	,969	1,408 ^a	6,000
	Hotelling's Trace	,031	1,405	6,000
	Roy's Largest Root	,023	2,116 ^b	3,000
Sexo * Idades	Pillai's Trace	,214	1,045	60,000
	Wilks' Lambda	,800	1,046	60,000
	Hotelling's Trace	,234	1,047	60,000
	Roy's Largest Root	,122	1,665 ^b	20,000
Sexo * Acomp	Pillai's Trace	,014	,651	6,000
	Wilks' Lambda	,986	,649 ^a	6,000
	Hotelling's Trace	,014	,647	6,000
	Roy's Largest Root	,010	,891 ^b	3,000
Idades * Acomp	Pillai's Trace	,264	,905	87,000
	Wilks' Lambda	,757	,905	87,000
	Hotelling's Trace	,293	,905	87,000
	Roy's Largest Root	,146	1,371 ^b	29,000
Sexo * Idades * Acomp	Pillai's Trace	,159	1,270	36,000
	Wilks' Lambda	,847	1,281	36,000
	Hotelling's Trace	,173	1,291	36,000
	Roy's Largest Root	,117	2,643 ^b	12,000

Multivariate Tests^c

Effect		Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	270,000	,000
	Wilks' Lambda	270,000	,000
	Hotelling's Trace	270,000	,000
	Roy's Largest Root	270,000	,000
Sexo	Pillai's Trace	270,000	,167
	Wilks' Lambda	270,000	,167
	Hotelling's Trace	270,000	,167
	Roy's Largest Root	270,000	,167
Idades	Pillai's Trace	816,000	,653
	Wilks' Lambda	807,752	,657
	Hotelling's Trace	806,000	,661
	Roy's Largest Root	272,000	,123
Acomp	Pillai's Trace	542,000	,208
	Wilks' Lambda	540,000	,209
	Hotelling's Trace	538,000	,210
	Roy's Largest Root	271,000	,099
Sexo * Idades	Pillai's Trace	816,000	,386
	Wilks' Lambda	806,367	,384
	Hotelling's Trace	806,000	,383
	Roy's Largest Root	272,000	,039
Sexo * Acomp	Pillai's Trace	542,000	,689
	Wilks' Lambda	540,000	,691
	Hotelling's Trace	538,000	,693
	Roy's Largest Root	271,000	,446
Idades * Acomp	Pillai's Trace	816,000	,716
	Wilks' Lambda	808,752	,716
	Hotelling's Trace	806,000	,716
	Roy's Largest Root	272,000	,104
Sexo * Idades * Acomp	Pillai's Trace	816,000	,136
	Wilks' Lambda	798,473	,128
	Hotelling's Trace	806,000	,120
	Roy's Largest Root	272,000	,002

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c. Design: Intercept+Sexo+Idades+Acomp+Sexo * Idades+Sexo * Acomp+Idades * Acomp+Sexo * Idades * Acomp

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
Score_EEEF	1,503	91	272	,007
Score_ESP	1,217	91	272	,117
Score_EVI	1,481	91	272	,008

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+Sexo+Idades+Acomp+Sexo * Idades+Sexo * Acomp+Idades * Acomp+Sexo * Idades * Acomp

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square
Corrected Model	Score_EEEF	11021,188 ^a	91	121,112
	Score_ESP	4294,111 ^b	91	47,188
	Score_EVI	2237,606 ^c	91	24,589
Intercept	Score_EEEF	78534,635	1	78534,635
	Score_ESP	85314,805	1	85314,805
	Score_EVI	4026,827	1	4026,827
Sexo	Score_EEEF	217,347	1	217,347
	Score_ESP	11,956	1	11,956
	Score_EVI	1,515	1	1,515
Idades	Score_EEEF	2590,796	24	107,950
	Score_ESP	1062,336	24	44,264
	Score_EVI	499,975	24	20,832
Acomp	Score_EEEF	190,270	2	95,135
	Score_ESP	243,119	2	121,560
	Score_EVI	,065	2	,032
Sexo * Idades	Score_EEEF	2153,934	20	107,697
	Score_ESP	905,722	20	45,286
	Score_EVI	389,823	20	19,491
Sexo * Acomp	Score_EEEF	117,978	2	58,989
	Score_ESP	117,089	2	58,545
	Score_EVI	4,632	2	2,316
Idades * Acomp	Score_EEEF	2284,335	29	78,770
	Score_ESP	1130,819	29	38,994
	Score_EVI	651,679	29	22,472
Sexo * Idades * Acomp	Score_EEEF	2470,826	12	205,902
	Score_ESP	821,477	12	68,456
	Score_EVI	312,124	12	26,010
Error	Score_EEEF	22589,589	272	83,050
	Score_ESP	12183,460	272	44,792
	Score_EVI	6994,811	272	25,716
Total	Score_EEEF	353991,000	364	
	Score_ESP	380940,000	364	
	Score_EVI	27406,000	364	
Corrected Total	Score_EEEF	33610,777	363	
	Score_ESP	16477,571	363	
	Score_EVI	9232,418	363	

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	F	Sig.
Corrected Model	Score_EEEF	1,458	,011
	Score_ESP	1,053	,369
	Score_EVI	,956	,592
Intercept	Score_EEEF	945,631	,000
	Score_ESP	1904,683	,000
	Score_EVI	156,587	,000
Sexo	Score_EEEF	2,617	,107
	Score_ESP	,267	,606
	Score_EVI	,059	,808
Idades	Score_EEEF	1,300	,162
	Score_ESP	,988	,482
	Score_EVI	,810	,723
Acomp	Score_EEEF	1,146	,320
	Score_ESP	2,714	,068
	Score_EVI	,001	,999
Sexo * Idades	Score_EEEF	1,297	,180
	Score_ESP	1,011	,449
	Score_EVI	,758	,763
Sexo * Acomp	Score_EEEF	,710	,492
	Score_ESP	1,307	,272
	Score_EVI	,090	,914
Idades * Acomp	Score_EEEF	,948	,546
	Score_ESP	,871	,662
	Score_EVI	,874	,657
Sexo * Idades * Acomp	Score_EEEF	2,479	,004
	Score_ESP	1,528	,114
	Score_EVI	1,011	,438
Error	Score_EEEF		
	Score_ESP		
	Score_EVI		
Total	Score_EEEF		
	Score_ESP		
	Score_EVI		
Corrected Total	Score_EEEF		
	Score_ESP		
	Score_EVI		

a. R Squared = ,328 (Adjusted R Squared = ,103)

b. R Squared = ,261 (Adjusted R Squared = ,013)

c. R Squared = ,242 (Adjusted R Squared = -,011)

Anexo VIII

MANOVA (Número Irmãos – Posição na Fratria)

General Linear Model

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Número de Irmãos	1	0	118
	2	1	175
	3	2 ou mais	68
Posição na fratria	1	Filho único	116
	2	Filho mais velho	65
	3	Filho mais novo	161
	4	Outros	19

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

Box's M	51,783
F	1,286
df1	36
df2	2496,182
Sig.	,119

Tests the null hypothesis that the observed covariance matrices of the dependent variables are equal across groups.

a. Design: Intercept+Irmãos+Posiçãofr+Irmãos * Posiçãofr

Multivariate Tests^c

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	,827	560,355 ^a	3,000	351,000	,000
	Wilks' Lambda	,173	560,355 ^a	3,000	351,000	,000
	Hotelling's Trace	4,789	560,355 ^a	3,000	351,000	,000
	Roy's Largest Root	4,789	560,355 ^a	3,000	351,000	,000
Irmãos	Pillai's Trace	,019	1,126	6,000	704,000	,345
	Wilks' Lambda	,981	1,126 ^a	6,000	702,000	,345
	Hotelling's Trace	,019	1,127	6,000	700,000	,345
	Roy's Largest Root	,017	2,046 ^b	3,000	352,000	,107
Posiçãofr	Pillai's Trace	,031	1,215	9,000	1059,000	,282
	Wilks' Lambda	,969	1,217	9,000	854,392	,281
	Hotelling's Trace	,031	1,217	9,000	1049,000	,280
	Roy's Largest Root	,025	2,996 ^b	3,000	353,000	,031
Irmãos * Posiçãofr	Pillai's Trace	,021	1,260	6,000	704,000	,274
	Wilks' Lambda	,979	1,258 ^a	6,000	702,000	,275
	Hotelling's Trace	,022	1,256	6,000	700,000	,276
	Roy's Largest Root	,016	1,881 ^b	3,000	352,000	,132

a. Exact statistic

b. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c. Design: Intercept+Irmãos+Posiçãofr+Irmãos * Posiçãofr

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

	F	df1	df2	Sig.
Score_EEEF	1,155	7	353	,328
Score_ESP	,936	7	353	,479
Score_EVI	2,243	7	353	,030

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept+Irmãos+Posiçãofr+Irmãos * Posiçãofr

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	Score_EEEF	990,417 ^a	7	141,488	1,563	,145
	Score_ESP	471,026 ^b	7	67,289	1,493	,168
	Score_EVI	195,195 ^c	7	27,885	1,150	,331
Intercept	Score_EEEF	64057,415	1	64057,415	707,566	,000
	Score_ESP	74118,414	1	74118,414	1644,713	,000
	Score_EVI	4204,534	1	4204,534	173,464	,000
Irmãos	Score_EEEF	134,904	2	67,452	,745	,475
	Score_ESP	36,431	2	18,216	,404	,668
	Score_EVI	73,053	2	36,526	1,507	,223
Posiçãofr	Score_EEEF	397,348	3	132,449	1,463	,224
	Score_ESP	25,345	3	8,448	,187	,905
	Score_EVI	43,834	3	14,611	,603	,614
Irmãos * Posiçãofr	Score_EEEF	267,660	2	133,830	1,478	,229
	Score_ESP	12,538	2	6,269	,139	,870
	Score_EVI	52,257	2	26,128	1,078	,341
Error	Score_EEEF	31957,832	353	90,532		
	Score_ESP	15907,822	353	45,065		
	Score_EVI	8556,262	353	24,239		
Total	Score_EEEF	347079,000	361			
	Score_ESP	376000,000	361			
	Score_EVI	26245,000	361			
Corrected Total	Score_EEEF	32948,249	360			
	Score_ESP	16378,848	360			
	Score_EVI	8751,457	360			

a. R Squared = ,030 (Adjusted R Squared = ,011)

b. R Squared = ,029 (Adjusted R Squared = ,009)

c. R Squared = ,022 (Adjusted R Squared = ,003)

Anexo IX
Análise Correlacional

Correlations

Correlations

		Score_EEEF	Score_ESP	Score_EVI
Score_EEEF	Pearson Correlation	1	,529**	,323**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	393	376	382
Score_ESP	Pearson Correlation	,529**	1	,323**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	376	394	383
Score_EVI	Pearson Correlation	,323**	,323**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	382	383	404

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).