

Stress parental em pais de crianças com obesidade e com doença renal crónica (*)

SALOMÉ VIEIRA SANTOS (**)
SOFIA ATAÍDE (***)
PAULA JOÃO (***)

1. INTRODUÇÃO

A doença física na criança constitui uma situação de *stress* para a família, sobretudo no caso de ser crónica, podendo ter um impacte significativo nos seus diferentes membros (e.g., Kazak, 1989), com eventuais repercussões aos níveis financeiro, ocupacional, pessoal e na interacção intra e extra-familiar (e.g., Eiser, 1985; Johnson, 1985). Com efeito, a família é confrontada com novas exigências, alterações nas rotinas e readaptações diversas, susceptíveis de despertar um grau maior ou menor de *stress* no sistema familiar. Assim, é compreensível que os pais das crianças com doenças crónicas experimentem níveis mais elevados de *stress* parental do que os das crianças saudáveis (e.g., Goldberg, Morris, Simmons, Fowler, & Levison, 1990;

Holroyd & Guthrie, 1986; Quittner, DiGirolamo, Michel, & Eigen, 1992; Santos, 1994), verificando-se, aliás, que mesmo as doenças não crónicas são potencialmente «*stressantes*» para os pais (e.g., Frank, Olmsted, Wagner, Laub, Freeark, Breitzer, & Peters, 1991; Shapiro, 1983). Muitos deles desenvolvem problemas do foro psicológico (e.g., Garrison & McQuiston, 1989; Johnson, 1985; Thompson, Gil, Burbach, Keith, & Kinney, 1993), especialmente as mães, sobre quem recai habitualmente a maior responsabilidade nos cuidados à criança doente. A indicação de problemas conjugais é também frequente (e.g., Dahlquist, Czyzewski, Copeland, Jones, Taub, & Vaughan, 1993; Johnson, 1985; Walker, Manion, Cloutier, & Johnson, 1992).

Por seu turno, a adaptação da criança à doença pode depender de vários factores, nomeadamente o seu nível de desenvolvimento, as características da própria doença, o significado que lhe é atribuído, as fantasias acerca dela e do tratamento, para além do importante papel mediador da família (ver Eiser, 1985; Johnson, 1985; Whitt, 1982; Willis, Elliot, & Jay, 1982).

Não obstante a grande heterogeneidade no funcionamento psicológico das crianças com doenças físicas crónicas, é compreensível que as

(*) Este artigo foi desenvolvido a partir do trabalho apresentado nas 2as Jornadas de Estudo da Sociedade Portuguesa de Psicologia – Desenvolvimento e Cultura (F.P.C.E. – U.L., Junho de 1995).

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

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

tensões e exigências específicas destas doenças sejam susceptíveis de interferir no seu ajustamento emocional, considerando-se que, comparativamente com as saudáveis, elas estão em maior risco do ponto de vista psicológico (e.g., *Committee on Children with Disabilities and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health*, 1993; Lavigne & Faier-Routman, 1992). O risco de desenvolverem problemas nas áreas sócio-emocional e comportamental (e.g., Eiser, 1985; Fletcher, Brookshire, Landry, Bohan, Davidson, Francis, Thompson, & Miner, 1995; Garrison & McQuiston, 1989; Grose & Goodrich, 1985; Lavigne & Faier-Routman, 1992; Thompson, Gustafson, Hamlett, & Spock, 1992) é variável consoante a doença e até numa mesma doença (Lavigne & Faier-Routman, 1992), podendo ainda ocorrer variabilidade ao longo do tempo nos problemas de ajustamento manifestados (e.g., Kovacs, Iyengar, Goldston, Stewart, Obrosky, & Marsh, 1990; Thompson, Gustafson, George, & Spock, 1994).

Algumas variáveis parentais têm sido apontadas como determinantes possíveis do funcionamento psicológico da criança e da forma mais ou menos adequada como ela lida com a doença, nomeadamente a percepção do *stress* parental (e.g., DeMaso, Campis, Wypij, Bertram, Lipshitz, & Freed, 1991), o ajustamento psicológico dos pais (e.g., Barakat & Linney, 1992; Daniels, Moos, Billings, & Miller, 1987; Thompson, Gustafson, Hamlett, & Spock, 1992), a discórdia conjugal (e.g., Kupst, Schulman, Honig, Maurer, Morgan, & Fochtman, 1982) e o funcionamento familiar (e.g., Johnson, 1985), sendo estas variáveis passíveis de ter um contributo mais relevante do que a severidade da própria doença.

Especificamente no que se refere à Doença Renal Crónica, uma das doenças alvo de estudo neste trabalho, constata-se que tem sido sujeita a pouca investigação empírica, contrastando com o elevado número de estudos dirigidos para as consequências das situações de hemodiálise e de transplante para a criança e para a família (e.g., Brownbridge & Fielding, 1994; Hobbs & Sexson, 1993; Hudson, Fielding, Jones, & McKendrick, 1987; Korsch, Negrette, Gardner, Weinstein, Mercer, Grushkin, & Fine, 1973; Reynolds, Garralda, Postlethwaite, & Jameson, 1990). No entanto, os resultados que existem vão no sentido dos já mencionados, relevando não só

que as crianças com aquela condição crónica e os seus pais estão sujeitos a intenso *stress* (e.g., Reynolds, Garralda, Jameson, & Postlethwaite, 1986), como ainda que as crianças apresentam frequentemente dificuldades no ajustamento psicológico (Garralda, Jameson, Reynolds, & Postlethwaite, 1988), nomeadamente sintomatologia depressiva, ansiedade e preocupação, dificuldades na adaptação à escola e sentimentos de solidão.

Contudo, uma boa adaptação, quer por parte dos pais, quer das crianças, é também possível, não constituindo o desajustamento, ou a vivência de níveis elevados de stress, uma consequência inevitável da doença (e.g., Brem, Brem, McGrath, & Spirito, 1988; Fielding, 1985; Holroyd & Guthrie, 1986; Lavigne & Faier-Routman, 1992).

Os estudos de investigação relativos à Obesidade na criança indicam que se trata de um problema complexo e multideterminado, constatando-se que factores genéticos, biológicos, comportamentais, familiares, culturais e económicos interagem de diferentes formas, afectando o desenvolvimento e a manutenção desta desordem (Kirschenbaum, Johnson, & Stalonas, 1987). As crianças e adolescentes com obesidade, comparativamente com as que apresentam um peso normal, têm uma maior probabilidade de se tornarem adultos obesos, para além do risco aumentado de apresentarem problemas de saúde específicos (e.g., Epstein, 1985; Linscheid, Tarnowski, & Richmond, 1988), nomeadamente ortopédicos, cardíacos, pressão sanguínea elevada e diabetes no estado adulto. Nalguns casos, podem também ocorrer problemas psicológicos como sintomatologia depressiva (Epstein, 1985), baixa auto-estima, desvalorização/rejeição pelos pares, problemas na imagem corporal e rejeição por parte dos adultos (Kirschenbaum, Johnson, & Stalonas, 1987). A verificação de que os filhos de pais obesos têm maior tendência para a obesidade (e.g., Klesges, Klesges, Eck, & Shelton 1995; Linscheid, Tarnowski, & Richmond, 1988), sendo esta ainda mais elevada se os pais forem ambos obesos (*idem*), tem sido em parte explicada pela interferência de um componente genético ou hereditário, contudo, a influência de factores do meio, nomeadamente do meio familiar, mostrou desempenhar um papel importante no comportamento alimentar da criança (e.g.,

Favaro & Santonastaso, 1995; Kirschenbaum, Johnson, & Stalonas, 1987; Linscheid, Tarnowski, & Richmond, 1988). Indicam-se, como exemplos, os estilos alimentares (e.g., Pike & Rodin, 1991), o grau de controlo parental (Johnson & Birch, 1994), o papel da modelagem, associado, por exemplo, aos padrões de alimentação e de actividade (ver Linscheid, Tarnowski, & Richmond, 1988), tendo sido também estudada a importância de variáveis como o funcionamento familiar (Kinston, Loader, & Miller, 1987), os padrões de interacção (Kinston, Loader, Miller, & Rein, 1988) e as próprias características de personalidade dos pais (Favaro & Santonastaso, 1995), sendo especialmente relevantes as das mães.

Relativamente à variável stress parental, não conhecemos estudos de investigação que abordem especificamente em pais de crianças com obesidade, pelo que este trabalho poderá ser informativo neste domínio.

No presente artigo visa-se o estudo das respostas dadas por pais de crianças com Obesidade e com Doença Renal Crónica ao questionário *Índice de Stress Parental*, comparando-as com as respostas de um grupo de pais de crianças Sem Problemas Físicos ou Psicológicos e com as de um outro com Problemática Emocional.

2. ÍNDICE DE STRESS PARENTAL (ISP): BREVE APRESENTAÇÃO

O *Índice de Stress Parental* (ISP) constitui a versão portuguesa do *Parenting Stress Index* (PSI) de R. Abidin (1983), co-autor desta versão. O questionário avalia a intensidade do *stress* que ocorre no sistema pais-criança, estando estruturado de modo a poder ser respondido por qualquer uma das figuras parentais (Abidin, 1983; 1990).

A adaptação portuguesa do questionário (Santos, 1990) contém algumas alterações relativamente à escala original, nomeadamente ao nível dos itens (modificação, exclusão e inserção de novos itens), tendo-se também acrescentado uma subescala – Autonomia (para uma descrição dos critérios que presidiram a estas alterações ver Santos, 1990; 1992).

O ISP integra 108 itens distribuídos por dois Domínios – Domínio da Criança e Domínio dos

Pais – englobando cada um deles várias subescalas:

DOMÍNIO DA CRIANÇA

Hiperactividade/Distracção (A)
Reforço aos Pais (B)
Humor (C)
Aceitação (D)
Maleabilidade de Adaptação (E)
Exigência (F)
Autonomia (G)

DOMÍNIO DOS PAIS

Sentido de Competência (H)
Vinculação (I)
Restrições do Papel (J)
Depressão (L)
Relação Marido/Mulher (M)
Isolamento Social (N)
Saúde Parental (O)

De acordo com Abidin (1983), as subescalas do Domínio da Criança relacionam-se com o temperamento, mas avaliam de um modo relevante o grau de *stress* que as características da criança despertam na figura parental. As subescalas do Domínio dos Pais avaliam as características pessoais destes e o seu contexto de apoio social.

O questionário integra ainda uma escala de *Stress de Vida* (AV), com 24 itens, que permite obter informação sobre o contexto situacional/demográfico da família.

O estudo da adaptação portuguesa do PSI (Santos, 1990) foi realizado com um grupo de pais de crianças em idade escolar, sem problemas físicos ou psicológicos identificados (n=116). Apesar das limitações inerentes ao número reduzido de sujeitos da amostra, os resultados foram, de uma forma geral, satisfatórios, tendo-se obtido, nomeadamente, níveis aceitáveis de consistência interna (Coeficientes Alpha de Cronbach: .85 para o Domínio da Criança, .87 para o Domínio dos Pais e .91 para o Total de *stress*).

3. MÉTODO

O ISP foi aplicado a quatro grupos de pais de crianças com características distintas:

- Grupo 1 - Problemática Emocional (PE) (n=15)
- Grupo 2 - Obesidade (OBE) (n=16)
- Grupo 3 - Doença Renal Crónica (DRC) (n=16)
- Grupo 4 - Sem Problemas Físicos ou Psicológicos (SP) (n=15)

As crianças têm idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, com a seguinte média de idades, em meses: PE – 90.93 (DP=17.24); OBE – 107.12 (DP=19.13); DRC – 97.81 (DP=24.59); SP – 99.27 (DP=17.64). Não existem diferenças significativas entre os grupos no que diz respeito a esta variável.

A maioria das crianças tem um aproveitamento escolar satisfatório, exceptuando as do Grupo 1 (PE) que apresentam, na sua maior parte, dificuldades de aprendizagem.

O nível sócio-económico e educacional dos sujeitos dos vários grupos é heterogéneo, com excepção do Grupo 1 (PE) em que prevalece um nível baixo.

As amostras de pais de crianças com doença física foram recolhidas no Serviço de Endocrinologia e de Nefrologia do Hospital D. Estefânia.* Estas crianças não apresentam debilidade mental, têm diagnóstico médico confirmado e apenas duas (uma em cada grupo) são portadoras de outras doenças para além da doença alvo.

As crianças incluídas no Grupo 1 (PE) foram submetidas a uma avaliação psicológica (nas áreas intelectual, instrumental e da personalidade) realizada a pedido da professora e/ou da equipa médico-pedagógica. Não apresentam défice intelectual e foram diagnosticadas como possuindo problemas sócio-emocionais e/ou comportamentais.

A amostra de pais de crianças Sem Problemas (Grupo 4) foi recolhida na área metropolitana de Lisboa. As crianças não são portadoras de doença física e não há queixa de problemas psicológicos.

* Agradece-se aos responsáveis pelas Unidades de Nefrologia e de Endocrinologia do Hospital D. Estefânia, respectivamente Dr. Ferra de Sousa e Dr. Amílcar Mota, a disponibilidade demonstrada para a aplicação do questionário em estudo a utentes destas Unidades.

4. RESULTADOS

Realizaram-se diversas análises comparativas dos resultados obtidos pelos quatro grupos de sujeitos (G1 – pais de crianças com Problemática Emocional – PE; G2 – pais de crianças com Obesidade – OBE; G3 – pais de crianças com Doença Renal Crónica – DRC; G4 – pais de crianças Sem Problemas Físicos ou Psicológicos – SP) com o intuito de estudar como eles se diferenciam entre si.

No Quadro 1 apresentam-se os resultados decorrentes da comparação das respostas dos vários grupos, efectuada através do teste de Kruskal-Wallis. Verifica-se que existem diferenças significativas relativamente ao Total de *stress* ($p<.003$), ao Domínio da Criança ($p<.003$) e ao Domínio dos Pais ($p<.01$). A análise das subescalas do Domínio da Criança revela que ocorrem diferenças significativas para a maior parte delas, com excepção da B (Reforço aos Pais) e E (Maleabilidade de Adaptação). No Domínio dos Pais as diferenças observam-se para as subescalas J (Restrições do Papel, $p<.02$), M (Relação Marido/Mulher, $p<.05$), N (Isolamento Social, $p<.05$) e O (Saúde Parental, $p<.007$). A escala AV (*Stress* de Vida) apresenta também uma diferença significativa ($p<.007$).

Uma comparação qualitativa com o trabalho anterior de Santos (1994), em que se utilizaram dois grupos de pais de crianças com doenças distintas – Fibrose Quística e Doença Celíaca – mostra que os resultados são relativamente idênticos, embora as subescalas A (Hiperactividade/Distracção) e F (Exigência) – do Domínio da Criança – e N (Isolamento Social) – do Domínio dos Pais – sejam, no presente estudo, igualmente significativas.

Para um melhor esclarecimento das diferenças obtidas entre os quatro grupos, efectuiu-se um estudo das respostas, comparando os grupos dois a dois, através do teste de Mann-Whitney.

Os resultados relativos à comparação das respostas dos pais das crianças com OBE (G2) e dos pais das crianças SP (G4) mostram que não ocorrem diferenças significativas, quer ao nível dos Domínios, quer das subescalas, o que sugere que os pais das crianças com Obesidade não se diferenciam significativamente dos pais das crianças saudáveis no *stress* experimentado, pelo menos na forma como ele é avaliado pelo ISP.

QUADRO 1
Comparação das respostas do G1 (Problemática Emocional), do G2 (Obesidade), do G3 (Doença Renal Crônica) e do G4 (Sem Problemas Físicos ou Psicológicos) (Teste H, Kruskal-Wallis)

SUBESCALAS	SOMA DAS ORDENS				H	P
	G1 (n=15)	G2 (n=16)	G3 (n=16)	G4 (n=15)		
A	630.5	376.5	569	377	10.99997*	.0117
B	611.5	611.5	417	537	7.253765	.0643
C	643.5	402	469.5	438	8.605668*	.0350
D	596	448	568	341	8.086141*	.0443
E	512.5	415	541.5	484	2.156641	.5405
F	439.5	464	705	344.5	11.70561*	.0085
G	716	367	454	416	17.04856*	.0007
H	565	390	568	430	5.425285	.1432
I	533	459	468.5	492.5	1.482600	.6863
J	619.5	431.5	565	337	9.964420*	.0189
L	554.5	451	535	412.5	2.854836	.4146
M	611	448.5	539	354.5	7.654670*	.0537
N	576.5	394.5	598	384	7.875612*	.0487
O	643	375	565.5	369.5	12.13635*	.0069
DOM. CR.	637	374	599	343	13.96341*	.0030
DOM. PAIS	630	399.5	574.5	349	11.26447*	.0104
TOTAL	647.5	394	580.5	331	13.82480*	.0032
AV	677.5	425.5	404.5	445.5	11.99574*	.0074

* valor significativo

No Quadro 2 constam os resultados referentes à comparação das respostas dos pais das crianças com DRC (G3) e dos pais das crianças SP (G4). Constatou-se que existem diferenças significativas para o Total de *stress* ($p < .03$), para o Domínio da Criança ($p < .02$) e para o Domínio dos Pais ($p < .04$). São também significativas as diferenças relativas às subescalas D (Aceitação, $p < .05$) e F (Exigência, $p < .002$), ambas do Domínio da Criança, e para as subescalas J (Restrições do Papel, $p < .05$) e O (Saúde Parental, $p < .05$), do Domínio dos Pais. Os resultados mais elevados obtidos pelos pais das crianças com DRC sugerem que eles (comparativamente com os das crianças saudáveis) experimentam um maior grau de *stress* (Total), que parece estar associado, quer a características da criança (Domínio da Criança), quer dos pais (Domínio dos Pais). Com efeito, eles percebem a criança como possuindo características (de comportamento, relação e com-

petência) que dificulta a sua aceitação (subescala D – Aceitação) e como colocando mais exigências do que esperavam (subescala F – Exigência). Sentem-se ainda mais restringidos nas suas vidas devido ao seu papel parental (subescala J – Restrições do Papel) e percebem-se como mais fragilizados do ponto de vista físico (subescala O – Saúde Parental).

Apesar de não se apresentar Quadro relativo à comparação do G1 (PE) com o G4 (SP) é interessante mencionar que, tal como aconteceu no estudo de Santos de 1994, é desta comparação que continua a resultar o maior número de diferenças significativas. Como se disse então, estas diferenças ocorrem ao nível do Total de *stress* ($p < .0005$), dos Domínios ($p < .003$, para o da Criança e $p < .002$, para o Parental), e da maioria das subescalas; a diferença relativa à escala de *Stress* de Vida é também ela significativa ($p < .03$).

QUADRO 2
Comparação das respostas dos pais das crianças com doença renal crónica (G3) e dos pais das crianças sem problemas (G4) (Teste U, Mann-Whitney)

SUBESCALAS	SOMA DAS ORDENS		U	Z	P
	G3 (n=16)	G4 (n=15)			
A	303	193	73	-1.87339	.061024
B	284.5	211.5	91.5	-1.14950	.250358
C	256.5	239.5	119.5	-.02006	.983993
D	305.5	190.5	70.5	-1.96141*	.049840
E	262.5	233.5	113.5	-.25751	.796789
F	335.5	160.5	40.5	-3.15494*	.001607
G	260	236	116	-.15923	.873492
H	284	212	92	-1.11061	.266745
I	243	253	107	-.52036	.602814
J	305	191	71	-1.94515*	.051766
L	280.5	215.5	95.5	-.97376	.330182
M	294	202	82	-1.50772	.131637
N	303	193	73	-1.87032	.061448
O	304..5	191.5	71.5	-1.92903*	.053736
DOM. CR.	317	179	59	-2.41294*	.015830
DOM. PAIS	307.5	188.5	68.5	-2.03839*	.041519
TOTAL	312	184	64	-2.21449*	.026802
AV	242.5	253.5	106.5	-.53893	.589939

* valor significativo

Os resultados mais elevados obtidos pelos pais das crianças com PE denotam que eles percebem os filhos como tendo características de comportamento (subescala A – Hiperactividade/Distracção, $p < .01$) e de humor (subescala C – Humor, $p < .02$) diferentes do que esperavam, colocando problemas ao nível da autonomia (subescala G – Autonomia, $p < .009$), o que pode dificultar a sua aceitação (subescala D – Aceitação, $p < .01$) e contribuir para que os pais se sintam menos reforçados no seu papel parental (subescala B – Reforço aos Pais, $p < .02$). Estes percebem-se como mais isolados socialmente, (subescala N – Isolamento Social, $p < .03$), com menor resistência física (subescala O - Saúde Parental, $p < .003$), com mais restrições nas suas vidas impostas pelo papel parental (subescala J – Restrições do Papel, $p < .008$), e recebendo menor ajuda/suporte do cônjuge do que esperavam (subescala M – Relação Marido/Mulher, $p < .01$).

Nos Quadros 3 e 4 figuram os resultados respeitantes à comparação das respostas do G1 (PE) com o G2 (OBE) e com o G3 (DRC), respectivamente.

No Quadro 3 observa-se que existem diferenças significativas para o Total de *stress* ($p < .01$), os dois Domínios ($p < .007$, para o da Criança; $p < .02$, para o Parental), a escala de *Stress* de Vida ($p < .003$) e para a maior parte das subescalas, com excepção da D (Aceitação), E (Maleabilidade de Adaptação) e F (Exigência), do Domínio da Criança, e I (Vinculação) e L (Depressão), do Domínio Parental, obtendo o G1 (PE) resultados mais elevados em todas elas.

No Quadro 4 a tendência é diferente, ocorrendo diferenças significativas apenas para as subescalas C (Humor, $p < .04$), F (Exigência, $p < .04$), G (Autonomia, $p < .0004$) e ainda para a escala de *Stress* de Vida ($p < .002$). O G1 (PE) obtém resultados mais elevados, excepto para a subescala F em que tal acontece para o grupo com doença.

QUADRO 3

Comparação das respostas dos pais das crianças com *Problemática Emocional (G1)* e dos pais das crianças com *Obesidade (G2)* (Teste U, Mann-Whitney)

SUBESCALAS	SOMA DAS ORDENS		U	Z	P
	G1 (n=15)	G2 (n=16)			
A	306	190	54	-2.61707*	.008873
B	300.5	195.5	59.5	-2.41075*	.015925
C	305.5	190.5	54.5	-2.60892*	.009087
D	286	210	74	-1.82217	.068438
E	273.5	222.5	86.5	-1.32890	.183890
F	237	259	117	-.11920	.905118
G	332	164	28	-3.65137*	.000261
H	288	208	72	-1.90410*	.056907
I	264.5	231.5	95.5	-.97456	.329787
J	301	195	59	-2.41905*	.015567
L	267	229	93	-1.06964	.284788
M	289.5	206.5	70.5	-1.96420*	.049516
N	288.5	207.5	71.5	-1.92413*	.054348
O	304	192	56	-2.53777*	.011161
DOM. CR.	308.5	187.5	51.5	-2.70852*	.006762
DOM. PAIS	300.5	195.5	59.5	-2.39220*	.016754
TOTAL	305	191	55	-2.56961*	.010186
AV	315	181	45	-2.97848*	.002899

* valor significativo

QUADRO 4

Comparação das respostas dos pais das crianças com *Problemática emocional (G1)* e dos pais das crianças com *Doença Renal Crônica (G3)* (Teste U, Mann-Whitney)

SUBESCALAS	SOMA DAS ORDENS		U	Z	P
	G1 (n=15)	G3 (n=16)			
A	272.5	223.5	87.5	-1.29265	.196142
B	263.5	232.5	96.5	-.93612	.349219
C	292.5	204.5	68.5	-2.05191*	.040186
D	256.5	239.5	103.5	-.65433	.512901
E	238	258	118	-.07938	.936733
F	188.5	307.5	68.5	-2.04066*	.041293
G	329	167	31	-3.54349*	.000395
H	248	248	112	-.31693	.751298
I	262.5	233.5	97.5	-.89482	.370891
J	262.5	233.5	97.5	-.89236	.372205
L	255	241	105	-.59618	.551058
M	267.5	228.5	92.5	-1.09056	.275476
N	243	253	117	-.11914	.905166
O	274.5	221.5	85.5	-1.37614	.168790
DOM. CR.	263.5	232.5	96.5	-.92967	.352550
DOM. PAIS	261	235	99	-.83060	.406206
TOTAL	266	230	94	-1.02816	.303885
AV	318.5	177.5	41.5	-3.11241*	.001857

* valor significativo

A leitura dos Quadros 3 e 4 mostra que o G3 (DRC) se diferencia pouco do G1 (PE), enquanto que o G2 (OBE) se distingue significativamente deste, o que aliás já era esperado tendo em conta os resultados anteriormente apresentados.

5. DISCUSSÃO

Os resultados decorrentes da aplicação do *Índice de Stress Parental* (ISP) aos quatro grupos de sujeitos mostram que o grupo com Obesidade não se distingue do saudável, mas diferencia-se substancialmente do grupo com Problemática Emocional. Por seu turno, o grupo de pais de crianças com Doença Renal Crónica diferencia-se do saudável ao nível do Total de *stress*, nos dois Domínios e nas subescalas Aceitação, Exigência (do Domínio da Criança), Restrições do Papel e Saúde Parental (do Domínio dos Pais). Não se observam diferenças significativas quer para o Total, quer para os Domínios, quando se procede à comparação do grupo com Doença Renal Crónica com o que integra crianças com Perturbação Emocional, ainda que elas ocorram face a três subescalas do Domínio da Criança.

O grupo com PE é o que continua a apresentar maior número de diferenças relativamente ao saudável, facto que já acontecera no estudo anterior de Santos (1994), não se distinguindo deste em apenas duas subescalas do Domínio da Criança (Maleabilidade de Adaptação e Exigência) e em três do Domínio dos Pais (Sentido de Competência, Vinculação e Depressão), revelando um funcionamento parental submetido a um elevado grau de *stress* em diferentes áreas. Este *stress* emerge quer das características da criança, quer das dos pais (essencialmente nas áreas que remetem para variáveis situacionais). Constatase, ainda, que é o único grupo que continua a apresentar diferenças significativas relativamente à escala de *Stress* de Vida quando a comparação envolve o Grupo SP, distinguindo-se também dos dois grupos com doença nesta escala.

Uma análise qualitativa dos protocolos dos diferentes grupos permite captar especificamente que o grupo com PE é o que indica um maior número de acontecimentos de vida, ainda que a este número não correspondam maioritariamente os de valoração mais elevada. Acresce que, neste grupo, a maioria dos sujeitos assinala a pre-

sença de 4 ou mais acontecimentos (nenhum menciona 1 ou 2 e apenas um sujeito menciona 3), comparativamente com os outros grupos em que predomina uma escolha inferior a 3.

Tendo em conta o elevado número de acontecimentos de vida mencionados pelos pais das crianças com PE e a sua acumulação por sujeito, seria interessante averiguar, futuramente, a contribuição daqueles acontecimentos para a vivência do *stress* parental experimentado por estes pais. A literatura fornece resultados que reforçam esta ideia. Com efeito, constata-se que os acontecimentos de vida se relacionam com diferentes formas de desajustamento (ainda que ocorra grande variabilidade no modo como os indivíduos são afectados pelas alterações deles decorrentes), sendo o seu efeito cumulativo particularmente pernicioso (e.g., Dohrenwend & Dohrenwend, 1986; Felner, Farber & Primavera, 1983; Sarason, Levine, & Sarason, 1986). Por outro lado, situações de *stress* ao nível da família, ou acontecimentos externos a esta, podem conduzir a alterações no funcionamento familiar e parental, estando largamente documentado o efeito potencialmente negativo de algumas daquelas situações no ajustamento da criança (e.g., Armistead, Klein, & Forehand, 1995; Bronfenbrenner & Crouter, 1983; Dumas & Wekerle, 1995; Grych & Fincham, 1990; Hetherington, Stanley-Hagan, & Anderson, 1989; Rutter, 1985; Tarullo, DeMulder, Ronsaville, Brown, & Radke-Yarrow, 1995).

Os resultados referentes aos pais de crianças com DRC vão no mesmo sentido dos de outros autores, confirmando que eles estão sujeitos a um intenso *stress* (e.g., Reynolds, Garralda, Jameson, & Postlethwaite, 1986), sendo também concordes com alguma literatura que indica que os pais de crianças com doenças crónicas experimentam níveis mais elevados de *stress* parental do que os de crianças saudáveis, nomeadamente em estudos em que se utiliza o PSI (ver Abidin, 1990; Goldberg, Morris, Simmons, Fowler, & Levison, 1990; Santos, 1994). O *stress* experimentado por aqueles pais parece emergir quer das características da criança, quer de variáveis parentais, sendo estas essencialmente de cariz situacional. Com efeito, os pais das crianças com DRC, comparativamente com os de crianças saudáveis, sentem que o seu papel parental interfere na sua disponibilidade para outros papéis,

colocando restrições nas suas vidas (subescala J – Restrições do Papel) e percebem-se como fisicamente mais frágeis (subescala O – Saúde Parental), o que pode ter um impacto negativo na resposta às exigências da parentalidade. Eles avaliam a criança como tendo características diferentes do que desejavam (subescala D – Aceitação) e como impondo mais pressões e exigências do que esperariam (subescala F – Exigência). Aliás, estas duas subescalas têm-se mostrado igualmente significativas noutros estudos que utilizam o PSI com pais de crianças com doenças crónicas diversas (ver Abidin, 1990; Goldberg, Morris, Simmons, Fowler, & Levison, 1990; Santos, 1994), ainda que, no conjunto, não pareça haver um padrão específico de áreas de stress.

A gravidade da doença pode ser uma variável meritória para a interpretação dos resultados obtidos pelos grupos com DRC e OBE, já que ela é substancialmente mais severa no primeiro, o que poderá contribuir para os níveis de stress percebidos por estes pais. Apesar dos estudos que abordam a gravidade da doença apresentarem alguma inconsistência de resultados quanto ao seu efeito (ver Eiser, 1985), a verdade é que é aceitável que as exigências, os riscos e os cuidados associados a uma condição crónica como a Doença Renal conduzam a vivências mais «*stressantes*» nos pais destas crianças.

O facto do grupo com OBE não se distinguir do saudável em nenhuma área vai na linha de alguns estudos que não encontram diferenças consistentes entre obesos e não obesos, quer em crianças, quer em adultos, nomeadamente em aspectos globais do funcionamento psicológico (ver Friedman & Brownell, 1995), ainda que os autores em causa coloquem várias críticas à investigação que conduziu a estes resultados. É possível que a forma como o *stress* parental é medido no questionário utilizado não seja pertinente para a avaliação desta dimensão em pais de crianças com obesidade, apesar de se mostrar discriminativo para os pais das crianças com DRC. Poderá colocar-se a hipótese de aqueles pais experimentarem *stress* em áreas que não foram avaliadas. Com efeito, alguns estudos mostram que os pais de crianças com doença não diferem dos pais das saudáveis em escalas que avaliam aspectos genéricos do funcionamento familiar, nomeadamente o *stress* experimentado

(e.g., Walker, Van Slyke, & Newbrough, 1992), diferindo, no entanto, em áreas que avaliam «*stressores*» específicos associados com a doença da criança (idem). Assim, fica em suspenso a possibilidade de que tal possa acontecer com os pais das crianças com OBE.

Uma outra interpretação decorre do trabalho de Kinston, Loader, Miller & Rein (1988) onde se verifica que, apesar das famílias das crianças com obesidade apresentarem um padrão de interacção disfuncional, os pais mostram para o exterior uma «fachada familiar» cujas características principais são: encobrir as necessidades e os problemas familiares, apresentar-se como estando bem, tentando parecer simpáticos, normais e aparentemente colaborantes. É possível que esta «fachada familiar» esteja igualmente presente nos pais do nosso estudo (com reflexos no *stress* experimentado), no entanto, trata-se apenas de uma hipótese uma vez que as características específicas da interacção familiar não foram avaliadas.

Alguns autores referem que, quanto maior é o excesso de peso da criança obesa, mais as mães tendem a classificar como melhor a sua saúde mental e o funcionamento familiar (Kinston, Loader, & Miller, 1987), contrariamente à avaliação deste funcionamento feita por juizes externos. Estes resultados sugerem que, aparentemente, a obesidade da criança cumpre funções específicas no equilíbrio familiar e no dos seus membros. Então, é possível que ocorra uma tendência idêntica quando está em causa o *stress* parental, tendendo os pais a «desvalorizá-lo», como forma de manter a estabilidade familiar.

As crianças obesas com pais com um peso normal são mais colaborantes com a dieta e têm um comportamento alimentar mais adequado do que as de pais obesos (e.g., Epstein, Wing, Koeske, & Valoski, 1986), o que deixa antever que a obesidade da criança poderá ser mais problemática para os primeiros do que para os segundos (para além de poderem estar implicados aspectos relativos aos hábitos alimentares e à predisposição genética). Dado que, no grupo estudado, muitos dos pais eram também obesos, é provável que eles não valorizem especialmente o problema de saúde da criança e que isso possa ter algumas consequências na vivência do *stress* parental.

Por outro lado, uma vez que o preenchimento

do questionário não surge na sequência de um pedido de avaliação colocado pela família, ou da apresentação de uma queixa particular, mas sim de uma iniciativa tomada pelo psicólogo, é ainda possível que tenha prevalecido um posicionamento defensivo face à tarefa.

Por fim, uma menção para a necessidade de se encararem os resultados obtidos com alguma cautela não só pelo reduzido número de sujeitos em cada grupo, mas também porque o ISP se encontra ainda em estudo, estando em fase de últimação as normas para a população portuguesa. Acresce que o grupo com DRC é algo heterogéneo, na medida em que, apesar de não incluir situações de hemodiálise ou casos de transplante, integra patologias distintas (o número de sujeitos é, contudo, relativamente equilibrado em cada uma). Futuramente será interessante averiguar se a tendência dos resultados se mantém quando se selecciona apenas uma patologia, estudo que está já em curso.

BIBLIOGRAFIA

- Abidin, R. R. (1983). *Parenting Stress Index – Manual*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R. R. (1990). *Parenting Stress Index - Manual* (Third Edition). Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Armistead, L., Klein, K., & Forehand, R. (1995). Parental physical illness and child functioning. *Clinical Psychology Review, 15*, 409-422.
- Barakat, L. P. & Linney, J. A. (1992). Children with physical handicaps and their mothers: The interrelation of social support, maternal adjustment, and children adjustment. *Journal of Pediatric Psychology, 17*, 725-739.
- Brem, A. S., Brem, F. S., McGrath, M., & Spirito, A. (1988). Psychosocial characteristics and coping skills in children maintained on chronic dialysis. *Pediatric Nephrology, 2*, 460-465.
- Bronfenbrenner, U. & Crouter, A. C. (1983). The evolution of environmental models in developmental research. In W. Kessen (Ed.), *Handbook of child psychology* (Vol. 1. History, theory, and methods) (pp. 375-414). New York: Wiley.
- Brownbridge, G. & Fielding, M. (1994). Psychosocial adjustment and adherence to dialysis treatment regimes. *Pediatric Nephrology, 8*, 744-749.
- Committee on Children with Disabilities and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (1993). Psychosocial risks of chronic health conditions in childhood and adolescence. *Pediatrics, 92*, 876-878.
- Dahlquist, L. M., Czyzewski, D. I., Copeland, K. G., Jones, C. L., Taub, E. & Vaughan, J. K. (1993). Parents of children newly diagnosed with cancer: Anxiety, coping, and marital distress. *Journal of Pediatric Psychology, 18*, 365-376.
- Daniels, D., Moos, R. H., Billings, A. G. & Miller, J. J. (1987). Psychosocial risk and resistance factors among children with chronic illness, healthy siblings, and healthy controls. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 295-308.
- DeMaso, D. R., Campis, L. K., Wypij, D., Bertram, S., Lipshitz, M. & Freed, M. (1991). The impact of maternal perceptions and medical severity on the adjustment of children with congenital heart disease. *Journal of Pediatric Psychology, 16*, 137-149.
- Dohrenwend, B. S. & Dohrenwend, B. P. (1986). Some issues in research on stressful life events. In T. Millon, C. Green & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (pp. 91-102). New York: Plenum Press. (Reprinted from *The Journal of Nervous and Mental Disease, 1978, 166*, 7-15).
- Dumas, J. E. & Wekerle, C. (1995). Maternal reports of child behavior problems and personal distress as predictors of dysfunctional parenting. *Development and Psychopathology, 7*, 465-479.
- Eiser, C. (1985). *The psychology of childhood illness*. New York: Springer-Verlag.
- Epstein, L. H. (1985). Family-based treatment for pre-adolescent obesity. *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics, 6*, 1-39.
- Epstein, L. H., Wing, R. R., Koeske, R. & Valoski, A. (1986). Effect of parent weight on weight loss in obese children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 400-401.
- Favaro, A. & Santonastaso, P. (1995). Effects of parents' psychological characteristics and eating behavior on childhood obesity and dietary compliance. *Journal of Psychosomatic Research, 39*, 145-151.
- Felner, R. D., Farber, S. S. & Primavera, J. (1983). Transitions and stressful life events: A model for primary prevention. In R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology: Theory, research and practice* (pp. 199-215). New York: Pergamon Press.
- Fielding, D. (1985). Chronic illness in children. In F. N. Watts (Ed.), *New development in clinical psychology* (pp. 33-54). Great Britain: The British Psychological Society.

- Fletcher, J. M., Brookshire, B. L., Landry, S. H., Bohan, T. P., Davidson, K. C., Francis, D. J., Thompson, N. M. & Miner, M. E. (1995). Behavioral adjustment of children with hydrocephalus: Relationships with etiology, neurological, and family status. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 109-125.
- Frank, S. J., Olmsted, C. L., Wagner, A. E., Laub, C. C., Freeark, K., Breitzer, G. M. & Peters, J. M. (1991). Child illness, the parenting alliance and parenting stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 361-371.
- Friedman, M. A. & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117, 3-20.
- Garralda, M. E., Jameson, R. A., Reynolds, J. M., & Postlethwaite, R. J. (1988). Psychiatric adjustment in children with chronic renal failure. *Journal Children Psychology Psychiatric*, 29, 79-90.
- Garrison, W. T. & McQuiston, S. (1989). *Chronic illness during childhood and adolescence. Psychological aspects*. California: Sage Publications.
- Goldberg, S., Morris, P., Simmons, R. J., Fowler, R. S., & Levison, H. (1990). Chronic illness in infancy and parenting stress: A comparison on three groups of parents. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 347-358.
- Grose, N. P. & Goodrich, T. J. (1985). Chronic illness: A systems perspective. In Grose (Ed.), *Principles of family systems and family medicine* (pp. 292-315). New York: Brunner/Mazel.
- Grych, J. H. & Fincham, (1990). Marital conflict and children's adjustment: a cognitive contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108, 267-290.
- Hetherington, E. M., Stanley-Hagan, M. & Anderson, E. R. (1989). Marital transitions. A child's perspective. *American Psychologist*, 44, 303-312.
- Hobbs, S. A. & Sexson, S. B. (1993). Cognitive development and learning in pediatric organ transplant recipient. *Journal of Learning Disabilities*, 26, 104-113.
- Holroyd, J. & Guthrie, D. (1986). Family stress with chronic childhood disease: cystic fibrosis, neuromuscular disease and renal disease. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 552-561.
- Hudson, J., Fielding, D., Jones, S. & McKendrick, T. (1987). Adherence to medical regime and related factors in youngsters on dialysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 61-61.
- Johnson, S. B. (1985). The family and the child with chronic illness. In D. C. Turk & R. D. Kerns (Eds.), *Health, illness and families. A life-span perspective* (pp. 220-254). New York: John Wiley & Sons.
- Johnson, S. L. & Birch, L. L. (1994). Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics*, 94, 653-661.
- Kazak, A. E. (1989). Families of chronically ill children: A systems and socio-ecological model of adaptation and challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 25-30.
- Kinston, W., Loader, P., & Miller, L. (1987). Emotional health of families and their members where a child is obese. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 583-599.
- Kinston, W., Loader, P., Miller, L., & Rein, L. (1988). Interaction in families with obese children. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 513-532.
- Kirschenbaum, D. S., Johnson, W. G. & Stalonas, P. M., Jr. (1987). *Treating childhood and adolescent obesity*. Oxford: Pergamon Press.
- Klesges, R. C., Klesges, L. M., Eck, L. H. & Shelton, M. L. (1995). A longitudinal analysis of accelerated weight gain in preschool children. *Pediatrics*, 95, 126-130.
- Korsch, B. M., Negrette, V. F., Gardner, J. E., Weinstock, C. L., Mercer, A. S., Grushkin, C. M. & Fine, R. N. (1973). Kidney transplantation in children: Psychosocial follow-up study on child and family. *The Journal of Pediatrics*, 83, 399-408.
- Kovacs, M., Iyengar, S., Goldston, D., Stewart, J., Obrosky, D. S., & Marsh, J. (1990). Psychological functioning of children with insulin-dependent diabetes mellitus: A longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 619-632.
- Kupst, M., Schulman, J., Honig, G., Maurer, H., Morgan, E. & Fochtman, D. (1982). Family coping with childhood leukemia: One year after diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 7, 157-174.
- Lavigne, J. V. & Faier-Routman, J. (1992). Psychological adjustment of pediatric physical disorders: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 133-157.
- Linscheid, T. R., Tarnowski, K. J. & Richmond, D. A. (1988). Behavioral approaches to anorexia nervosa, bulimia, and obesity. In D. K. Routh (Ed.), *Handbook of pediatric psychology* (pp. 332-362). New York: The Guilford Press.
- Pike, K. M. & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 198-204.
- Quittner, A. L., DiGirolamo, A. M., Michel, M. & Eigen, H. (1992). Parental response to cystic fibrosis: A contextual analysis of the diagnostic phase. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 683-704.
- Reynolds, J. M., Garralda, M. E., Jameson, R. & Postlethwaite, R. J. (1986). Living with chronic renal failure. *Child Care, Health and Development*, 12, 401-407.

- Reynolds, J. M., Garralda, E. M., Postlethwaite, R. J. & Jameson, R. A. (1990). Psychosocial issues in children on hospital haemodialysis: nurses' views. *Pediatric Nephrology*, 4, 176-177.
- Rutter, M. (1985). Family and school influences on behavioral development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 349-368.
- Santos, S. V. (1990). *Índice de Stress Parental (ISP): Estudo-Piloto da adaptação portuguesa, para crianças em idade escolar, do Parenting Stress Index (PSI)*. Provas de Aptidão e Capacidade Científica, apresentadas na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Santos, S. V. (1992). Adaptação portuguesa, para crianças em idade escolar, do Parenting Stress Index (PSI): Resultados preliminares. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 28, 115-132.
- Santos, S. V. (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.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., & Sarason, B. R. (1986). Assessing the impact of life changes. In T. Millon, C. Green & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (pp. 377-399). New York: Plenum Press.
- Shapiro, J. (1983). Family reactions and coping strategies in response to the physically ill or handicapped child: A review. *Social Science and Medicine*, 17, 913-931.
- Tarullo, L. B., DeMulder, E. K., Ronsaville, D. S., Brown, E., & Radke-Yarrow, M. (1995). Maternal depression and maternal treatment of siblings as predictors of child psychopathology. *Developmental Psychology*, 31, 395-405.
- Thompson, R. J., Jr., Gil, K. M., Burbach, D. J., Keith, B. R., & Kinney, T. R. (1993). Psychological adjustment of mothers of children and adolescents with sickle cell disease: The role of stress, coping methods, and family functioning. *Journal of Pediatric Psychology*, 18, 549-559.
- Thompson, R. J., Jr., Gustafson, K. E., George, L. K., & Spock, A. (1994). Change over a 12-month period in the psychological adjustment of children and adolescents with cystic fibrosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 189-203.
- Thompson, R. J., Jr., Gustafson, K. E., Hamlett, K. W., & Spock, A. (1992). Psychological adjustment of children with cystic fibrosis: The role of cognitive processes and maternal adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 741-755.
- Walker, J. G., Manion, I. G., Cloutier, P. F., & Johnson, S. M. (1992). Measuring marital distress in couples with chronically ill children: The dyadic adjustment scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 345-357.
- Walker, L. S., Van Slyke, D. A., & Newbrough, J. R. (1992). Family resources and stress: A comparison of families of children with cystic fibrosis, diabetes, and mental retardation. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 327-343.
- Whitt (1982). Children's understanding of illness: Development considerations and pediatric intervention. *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics*, 3, 163-201.
- Willis, D. J., Elliot, C. H. & Jay, S. M. (1982). Psychological effects of physical illness and its concomitants. In J. Tuma (Ed.), *Handbook for the practice of pediatric psychology* (pp. 28-66). New York: Wiley.

RESUMO

Apresentam-se os resultados decorrentes da aplicação do *Índice de Stress Parental* (versão portuguesa do *Parenting Stress Index* de R. Abidin, 1983) a quatro grupos de pais de crianças: com Problemática Emocional (n=15), com Obesidade (n=16), com Doença Renal Crónica (n=16) e Sem Problemas Físicos ou Psicológicos (n=15). Na sequência de um estudo anterior (Santos, 1994), que integrou pais de crianças com outras doenças (Fibrose Quística e Doença Celíaca), pretende-se agora estudar as respostas dadas pelos pais das crianças com Obesidade e com Doença Renal Crónica, comparando-as com as dos outros grupos. Verifica-se que o grupo com Obesidade não se distingue do saudável, enquanto que o grupo com Doença Renal Crónica se diferencia deste no Total de stress, nos dois Domínios (Criança e Pais) e em algumas subescalas. Tal como no estudo anterior, os pais das crianças com Perturbação Emocional continuam a ser os que apresentam maior número de áreas de stress, quando comparados com o grupo Sem Problemas. Os resultados são discutidos em função das características dos diferentes grupos.

Palavras-chave: Stress Parental, Obesidade, Doença Renal Crónica, Crianças.

ABSTRACT

The authors present the results related to the application of *Índice de Stress Parental* (portuguese version of *Parenting Stress Index* de R. Abidin, 1983) to four groups of parents of children with Emotional Problematic (n=15), Obesity (n=16), Chronic Renal Disease (n=16) and Without Physical or Psychological Problems (n=15). Following a previous study (Santos, 1994) with parents of children with others diseases (Cystic Fibrosis and Celiac Disease), presently we aim to study the answers given by parents of children with Obesity and Chronic Renal Disease, comparing them

with the answers from the other groups. We verify that although the Obesity group does not differ from the healthy one, the Chronic Renal Disease group differs from it in Total of stress, in the two Domains (Child and Parental) and also in some subscales. As in the previous study, parents of children with Emotional

Problematic continue to present the major number of stress areas, when compared with the group Without Problems. The results are discussed taking into account the different characteristics of the groups.

Key words: Parenting stress, obesity, chronic renal disease, children.