

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**MESTRADO EM PSICOLOGIA:
DESENVOLVIMENTO EM CONTEXTOS DE RISCO**



**CONTRIBUTOS PSICOLÓGICOS PARA A COMPREENSÃO DA
UTILIZAÇÃO INAPROPRIADA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
Estudo Exploratório num Serviço de Urgência Pediátrica**

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Susana Sofia de Oliveira Ferreira Rodrigues

Sob orientação de:

Professora Doutora Maria Luísa Torres Queiroz de Barros
*Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Lisboa*



172 866

*Para a minha Família e para a família Sofia Pereira, fontes de inspiração,
sem as quais não teria sentido a luta e o brilho das vitórias.
Foi por vocês este longo caminho percorrido...*

*Os sentimentos perdem-se nas palavras.
Todos deveriam ser transformados em acções.
Em acções que tragam resultados.*

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Luísa Barros, por gentil e prontamente ter aceiteado a orientação desta dissertação, e pela motivação, apoio e disponibilidade incondicionais demonstrados ao longo de todo o processo de realização.

À minha Família, Pai, Mãe, Sara e Diogo, pelo apoio, paciência e compreensão infundáveis, e por terem suportado o meu “mau feitio” nos momentos de crise.

À Mammy Rosa, por ter sido o meu abrigo nos momentos difíceis e o braço que me puxou para cima não me deixando cair.

À Vovó Sanaita, pelo enorme carinho e por toda a prontidão e disponibilidade demonstrados ao longo deste percurso.

À Mana Marta, pelos seus conselhos de mana mais velha e pelos puxões de orelha quando a palavra desistir me tomou.

À Siss Raquel, pelo empurrão para dentro do lugar seguro e por me ter mostrado o caminho dos objectivos.

À Pipa, pela amizade e compreensão e por ter contribuído para que eu não enlouquece.

À Lucinha e à Marge, amigas e companheiras de grandes desafios e que por isso não poderiam faltar neste também.

A todos aqueles que directa ou indirectamente ajudaram na realização deste projecto, e que de alguma forma contribuíram para a sua viabilidade e desenvolvimento.

E por fim... a Deus, por me ter dado forças e iluminado o caminho, e por ter colocado na estrada da minha vida todos os que estão no meu coração...

Muito Obrigado!

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE TABELAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
SIGLAS	xiii
RESUMO	xiv
ABSTRACT	xv
INTRODUÇÃO	1

PARTE UM: ESTUDO TEÓRICO

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. CONTRIBUTOS DA PSICOLOGIA PARA A COMPREENSÃO DA SAÚDE E DO DESENVOLVIMENTO HUMANO	12
1.1. Papel da Psicologia na Saúde	12
1.2. Influência dos Contextos de Saúde no Desenvolvimento Humano.....	16
1.3. Risco no Desenvolvimento da Criança e do Adolescente	20
1.4. Hospitalização como um Factor de Risco para o Desenvolvimento Infantil.....	23
1.4.1. <i>Consequências da Hospitalização Infantil</i>	25
1.4.2. <i>Impacto da Doença Infantil na Família</i>	27
2. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	30
2.1. Saúde: Um Direito Humano	30
2.2. Definição do Conceito de Urgência	32
2.3. Utilização Inapropriada dos Serviços de Urgência Hospitalar	35
2.4. Factores Explicativos da Utilização dos Serviços de Urgência Hospitalar	38
2.4.1. <i>Factores Predisponentes</i>	39
2.4.2. <i>Factores Facilitadores</i>	40
2.4.3. <i>Factores de Necessidade</i>	41
2.5. Serviços de Saúde Estatais versus Privados	44
2.5.1. <i>Sistema de Saúde Norte-Americano</i>	46
2.6. Utilizadores Frequentes dos Serviços de Urgência	49

2.7. Realidade dos Serviços de Urgência Pediátrica	51
3. POR QUE SE PROCURAM CUIDADOS DE SAÚDE?.....	59
3.1. Evolução da Procura de Cuidados de Saúde	59
3.1.1. <i>Procura de Cuidados como um Comportamento de Doença</i>	62
3.2. Concepções de Saúde e Doença	64
3.2.1. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial	68
3.3. Representações Sociais e Cognitivas de Saúde e de Doença	70
3.4. Modelos de Crenças e de Comportamentos de Saúde	76
3.4.1. <i>Modelo de Crenças de Saúde</i>	77
3.4.2. <i>Teoria da Motivação para a Protecção</i>	78
3.4.3. <i>Modelo de Auto-Regulação de Leventhal</i>	79
3.5. Crenças Parentais sobre Saúde	81
4. PSICOPATOLOGIA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	85
4.1. Temperamento da Criança.....	86
4.2. Perturbações Comportamentais Infantis.....	90
4.3. Psicopatologia nos Serviços de Saúde.....	96
4.4. Psicopatologia e Necessidades Parentais.....	103

PARTE DOIS: ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

1. PRINCÍPIOS EPISTEMOLÓGICOS E ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS.....	110
1.1. Problemática, Objectivos e Questões de Investigação	112
1.2. Tipo de Estudo.....	115
2. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO	117
2.1. Organização e Estrutura do Serviço de Urgência Pediátrica.....	117
2.2. Dados Estatísticos do Serviço de Urgência Pediátrica	119
2.3. Triage no Serviço de Urgência Pediátrica	120
3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	122
3.1. População do Estudo	122
3.2. Opções e Critérios de Selecção da Amostra.....	123
4. INSTRUMENTOS.....	126
4.1. Modos de Abordagem	126
4.2. Strengths and Difficulties Questionnaire.....	128

4.3. Brief Symptom Inventory.....	131
4.4. Variáveis do Estudo.....	134
4.5. Pré-Teste.....	140
5. PROCEDIMENTOS	142
5.1. Procedimento Geral da Investigação	142
5.2. Cuidados Éticos e Deontológicos.....	143
5.3. Análise dos Dados	144

CAPÍTULO III – RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS	148
1.1. Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra.....	148
1.2. Factores Contextuais da Utilização do Serviço de Urgência Pediátrica.....	151
1.3. Crenças sobre o Serviço de Urgência Pediátrica	155
1.4. Percepção da Gravidade e da Urgência do Problema de Saúde da Criança	157
1.5. Percepção da Fragilidade da Criança	158
1.6. Percepção do Temperamento da Criança	159
1.7. Percepção de Problemas Emocionais e Comportamentais da Criança.....	161
1.8. Sintomas Psicopatológicos e Perturbação Emocional dos Acompanhantes.....	164
2. SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS	174

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	178
1.1. Características das Crianças e dos Acompanhantes e Utilização Inapropriada do Serviço de Urgência Pediátrica	179
1.2. Factores Contextuais da Utilização Inapropriada do Serviço de Urgência Pediátrica	183
1.3. Variáveis Psicológicas e Utilização do Serviço de Urgência Pediátrica	187
1.4. Limitações do Estudo	198
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	201

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	207
---------------------------------	-----

ANEXOS

Anexo A: Dados Estatísticos do Serviço de Urgência Pediátrica

Anexo B: Elementos sobre a Triagem no Serviço de Urgência Pediátrica

Anexo C: Guião Orientador da Recolha dos Dados da Criança

Anexo D: Caderno de Recolha de Dados

Anexo E: Itens das Escalas do Strengths and Difficulties Questionnaire

Anexo F: Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética do Hospital para
Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados

Anexo G: Consentimento Informado Entregue aos Acompanhantes das Crianças
Seleccionadas para o Estudo

Anexo H: Outputs Estatísticos

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: <i>Distribuição do número de utentes do SUP no ano 2008 por grupo etário e hora de admissão</i>	123
Tabela 2: <i>Distribuição das 3 subamostras do estudo</i>	125
Tabela 3: <i>Pontos de corte do SDQ</i>	130
Tabela 4: <i>Resultados do cálculo do alfa de Cronbach para as Escalas do SDQ aplicado aos acompanhantes da amostra (n=62)</i>	130
Tabela 5: <i>Resultados do cálculo do alfa de Cronbach para as dimensões do BSI aplicado aos acompanhantes da amostra (N=115), em comparação com os resultados de Canavarro (1999b)</i>	133
Tabela 6: <i>Questões sobre o temperamento da criança</i>	139
Tabela 7: <i>Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes às variáveis sócio-demográficas das crianças da amostra (N=115)</i>	149
Tabela 8: <i>Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes ao estado de saúde das crianças da amostra (N=115)</i>	150
Tabela 9: <i>Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes às variáveis sócio-demográficas dos acompanhantes (N=115)</i>	151
Tabela 10: <i>Resultados do cruzamento das frequências absolutas e relativas referentes ao dia da semana e ao turno (N=115)</i>	152
Tabela 11: <i>Resultados do cruzamento das frequências absolutas e relativas referentes à Idade da criança e ao turno (N=115)</i>	153
Tabela 12: <i>Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes aos problemas de saúde das crianças da amostra (N=115)</i>	153
Tabela 13: <i>Resultados do cruzamento das frequências absolutas e relativas referentes aos médicos assistentes das crianças da amostra (N=115)</i>	154
Tabela 14: <i>Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes aos serviços de saúde utilizados pelo mesmo motivo de recurso ao SUP (N=115)</i>	155
Tabela 15: <i>Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes às respostas da questão "Hoje trouxe a minha criança ao Serviço de Urgência Pediátrica porque:" (N=115)</i>	155
Tabela 16: <i>Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes às crenças dos acompanhantes sobre o SUP (N=115)</i>	156
Tabela 17: <i>Coefficiente de Correlação entre o total de crenças no SUP e o NAC</i>	157
Tabela 18: <i>Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes à percepção da gravidade e da urgência do problema de saúde da criança (N=115)</i>	157
Tabela 19: <i>Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes à percepção da fragilidade das crianças pelos acompanhantes (N=115)</i>	158
Tabela 20: <i>Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis para a variável independente percepção de fragilidade e a variável dependente NCA (N=115)</i>	158
Tabela 21: <i>Resultados da aplicação do teste post hoc de Tukey para a comparação das médias do NCA entre as percepções de fragilidade das crianças (N=115)</i>	159
Tabela 22: <i>Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas referentes à percepção do temperamento das crianças (n=53)</i>	159

Tabela 23: <i>Distribuição das frequências absolutas e relativas das crianças percebidas como difíceis e como não difíceis (n=53)</i>	160
Tabela 24: <i>Resultados da aplicação do teste Binomial para os grupos de crianças difíceis e não difíceis (n=53)</i>	160
Tabela 25: <i>Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney para a variável independente percepção do temperamento da criança e a variável dependente NCA (n=53)</i>	161
Tabela 26: <i>Resultados da aplicação do teste t-Student para a comparação das médias do NCA das crianças difíceis e não difíceis. (n=53)</i>	161
Tabela 27: <i>Comparação das pontuações do Total de Dificuldades e das Escalas do SDQ entre o grupo de crianças de 3anos (n1=31) e o grupo de crianças dos 4 aos 16 anos (n2=31)</i>	162
Tabela 28: <i>Comparação entre as médias e desvios-padrão do Total de Dificuldades e das Escalas do SDQ entre as crianças que recorreram ao SUP (n=62) e as crianças da população portuguesa (Gaspar,s.d.)</i>	163
Tabela 29: <i>Resultados da aplicação do Coeficiente da Correlação de Pearson entre SDQ e o NCA (n=62)</i>	164
Tabela 30: <i>Comparação das médias e desvios-padrão das Dimensões de Sintomatologia e Índices Globais do BSI entre os acompanhantes da amostra (N=115) e os indivíduos da população geral (Canavarro,1999b)</i>	165
Tabela 31: <i>Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney para a variável independente perturbação emocional e a variável dependente NCA (N=115)</i>	166
Tabela 32: <i>Resultados da aplicação do teste t-Student para a comparação das médias do NCA das crianças com acompanhantes perturbados e com acompanhantes não perturbados emocionalmente (N=115)</i>	166
Tabela 33: <i>Resultados do cruzamento entre a percepção de gravidade e a perturbação emocional (N=115)</i>	167
Tabela 34: <i>Resultados da aplicação do teste do Qui-Quadrado para a variável dependente percepção de gravidade e a variável independente perturbação emocional (N=115)</i>	167
Tabela 35: <i>Resultados do cruzamento entre a percepção de urgência e a perturbação emocional (N=115)</i>	168
Tabela 36: <i>Resultados da aplicação do teste do Qui-Quadrado para a variável dependente percepção de urgência e a variável independente perturbação emocional (N=115)</i>	168
Tabela 37: <i>Resultados da aplicação do teste do Qui-Quadrado para a variável dependente percepção de fragilidade e a variável independente perturbação emocional (N=115)</i>	169
Tabela 38: <i>Resultados do cruzamento entre a percepção de fragilidade e a perturbação emocional (N=115)</i>	169
Tabela 39: <i>Resultados da aplicação do teste do Qui-Quadrado para a variável dependente percepção do temperamento e a variável independente perturbação emocional (n=53)</i>	170
Tabela 40: <i>Resultados do cruzamento entre a percepção de temperamento e a perturbação emocional (n=53)</i>	161
Tabela 41: <i>Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney para a variável dependente percepção de problemas emocionais e comportamentais e a variável independente perturbação emocional (n=62)</i>	171
Tabela 42: <i>Resultados da aplicação do teste t-Student para a variável dependente percepção de problemas emocionais e comportamentais e a variável independente perturbação emocional (n1=31; n2=31)</i>	172

Tabela 43: *Comparação das médias e desvios-padrão das escalas de SDQ entre os acompanhantes emocionalmente perturbados e não emocionalmente perturbados (N=115).....173*

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: <i>Distribuição do n.º de crianças pelo NCA no SUP no ano 2008 (N=115)</i>	154
--	-----

SIGLAS

- APA – American Psychological Association
BSI – Brief Symptom Inventory
CBCL – Child Behavior Checklist
CGAS – Child Global Assessment Scale
CS – Centro de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DSM-III-R – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 3rd Edition Revised
EUA – Estados Unidos da América
HGSA – Hospital Geral de Santo António
ICD-10 – International Classification of Disease: 10th Edition
ICQ – Infant Characteristics Questionnaire
IGS – Índice Geral de Sintomas
ISP – Índice de Sintomas Positivos
NCA – Número de Consultas Anteriores
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial da Saúde
SAP – Serviço de Atendimento Permanente
SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPSS – Statistical Package for Social Sciences
SU – Serviço de Urgência
SUH – Serviço de Urgência Hospitalar
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
TSP – Total de Sintomas Positivos
UF – Utilizadores Frequentes
WHO – World Health Organization

Contributos Psicológicos para a Compreensão da Utilização Inapropriada dos Serviços de Saúde: Estudo exploratório num Serviço de Urgência Pediátrica

RESUMO

O sobrelotamento dos Serviços de Urgência Pediátrica é uma realidade da sociedade actual, verificando-se uma crescente progressão de atendimentos, principalmente de falsas urgências.

Tendo como objectivo identificar factores psicológicos que possam contribuir para a compreensão da utilização inapropriada destes serviços, foi desenvolvido este estudo exploratório-descritivo.

A amostra foi constituída por 115 crianças, observadas sem critérios de urgência num Serviço de Urgência Pediátrica, e respectivos acompanhantes, dos quais 26.1% são emocionalmente perturbados.

Os dados, recolhidos através da ficha de urgência, da entrevista e de um questionário, revelaram que a recorrência frequente ao Serviço de Urgência está relacionada com as crenças dos acompanhantes acerca do serviço, com a percepção de criança mais frágil, mais difícil e com mais problemas de comportamento.

Conhecidos os efeitos da hospitalização infantil, pretende-se que este estudo abra portas à exploração de novos horizontes, na tentativa de encontrar soluções para a racionalização da utilização dos recursos de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: utilização dos serviços de saúde, serviço de urgência pediátrica, hospitalização infantil, crenças de saúde e doença, psicopatologia.

Psychological Contributions to the Understanding of Inappropriate Use of Health Services: Exploratory study in a Pediatric Emergency Service

ABSTRACT

The overflow of the Pediatrics Emergencies is a reality in today's society. There has been an increasing attendance, primarily of false emergencies.

The objective of this exploratory-descriptive study is to identify the psychological factors that might contribute to the understanding of the inappropriate use of these services.

The sample was composed of 115 children, observed without any emergency criterion of the Pediatric Emergency, and respective escorts, of which 26.1% of them are emotionally disturbed.

The data gathered through the emergency file, the interview and a questionnaire, revealed that the frequent use of the Emergency Service is related with the beliefs of the escorts, with the perception of a more fragile child, more difficult and with more behavioural problems child.

The effects of child hospitalization known, this study intends to open the doors to new horizons, in an attempt to find solutions to the rationalization of the use of health resources.

KEY-WORDS: use of health services, pediatric emergency, child hospitalization, health and diseases beliefs, psychopathology.

INTRODUÇÃO

Nos dias que correm, a Psicologia é abordada em variadas áreas de intervenção e inúmeros contextos. A saúde, sendo um dos valores mais importantes para a globalidade dos indivíduos (Taylor, 1999), não passa por isso despercebida a esta ciência. Vistas como processos dinâmicos em evolução constante, a saúde e a doença são actualmente explicadas por uma multicausalidade, onde intervêm factores biológicos, psicológicos e socioculturais.

Deixando de lado uma concepção restrita de saúde e doença, baseada num modelo dualista corpo-mente e numa visão simplista da causalidade, nos últimos anos vários factores contribuíram para alterar a compreensão e intervenção na saúde, permitindo uma abrangência mais complexa e pluridisciplinar. O desenvolvimento de um novo modelo médico passou a reconhecer a influência dos factores psicológicos e sociais na doença física, reconhecendo a sua valorização na etiologia da doença e na manutenção da saúde. A Psicologia, como ciência social e do comportamento, surge assim com uma posição privilegiada no estudo dos processos subjacentes à saúde e doença, no desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença (Schofield, 1979), assim como na análise e melhoria dos sistemas de cuidados, na avaliação das crenças e emoções dos utentes e na modificação de atitudes negativas.

Também a procura de uma ampla compreensão da dinâmica do desenvolvimento humano exige a abordagem e análise de diferentes contributos teóricos e experimentais, possibilitando uma delimitação cada vez mais aperfeiçoada da ciência desenvolvimental, quer enquanto disciplina conceptual, quer enquanto base a partir da qual se definem e implementam políticas, serviços, estratégias e programas de intervenção com o objectivo de melhorar o bem-estar individual e a envolvente social (Fonseca, 2005).

Uma das mais antigas e importantes questões da Psicologia prende-se com o papel desempenhado pelos diferentes contextos no desenvolvimento do indivíduo. Hoje, tem-se como evidente que várias dimensões contextuais podem interferir com o desenvolvimento

humano, de que são exemplo a doença e a hospitalização. A Psicologia do Desenvolvimento tem fornecido grandes contributos no estudo das repercussões da experiência da hospitalização no processo de desenvolvimento da criança e do adolescente. Os estudos de Rutter (e.g., Quinton & Rutter, 1976; Rutter & Rutter, 1993), por exemplo, têm revelado consequências negativas derivadas da experiência de doença, dos tratamentos e da hospitalização.

Com efeito, o ambiente hospitalar, apesar de muitas vezes necessário e indispensável para a sobrevivência das crianças, é encarado por vários como um factor de risco, que pode por vezes acarretar consequências menos positivas para o desenvolvimento. De facto, a doença e o contacto com o hospital constituem uma importante crise na vida das crianças (Brazelton, 1995), pois são particularmente vulneráveis às modificações que sobrevêm no seu ambiente e na sua rotina habitual, para além de possuírem poucos mecanismos de defesa para enfrentar e superar experiências stressantes. A maior preocupação dos estudos acerca das consequências da hospitalização infantil está essencialmente relacionada com a perturbação comportamental e com o aumento da ansiedade da criança e dos pais (Barros 2003).

Não obstante, a realidade actual mostra que a procura dos serviços de saúde hospitalar pelos pais para resolver os problemas da criança, muitas das vezes banais, é cada vez maior. Esta realidade é ainda mais flagrante ao nível dos Serviços de Urgência Pediátrica (SUPs), que nos últimos anos se tornaram na primeira porta onde os pais batem quando detectam na criança qualquer sinal sugestivo de doença.

No sistema de saúde português, os Serviços de Urgência Hospitalar (SUHs) são um dos principais pilares da prestação de cuidados, mas são também, na opinião de Martín (1999), uma das áreas mais sensíveis da organização da saúde, quer pela dimensão de atendimentos, quer pela sua complexidade estrutural. No decorrer dos anos, a urgência em saúde tem atraído a atenção e a crítica dos responsáveis políticos e técnicos, e dos cidadãos em geral, constituindo-se como um motivo de grande preocupação. O tema *urgências* está omnipresente sempre que se abordam os problemas da saúde, se reflecte sobre as condições de funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e se discute a forma e qualidade de prestação de cuidados de saúde. Sendo actualmente um dos problemas graves das disfunções do SNS, a excessiva procura dos Serviços de Urgência (SUs) trata-se de um problema crónico que não se configura apenas a Portugal, mas que coloca também

dificuldades na Europa, nos Estados Unidos da América (EUA) e mesmo nos países menos desenvolvidos (Silva, 1988).

Segundo André e Neves (2003), os valores existentes em Portugal, no que respeita ao rácio de atendimento hospitalar urgente, são absolutamente despropositados, incompatíveis com o funcionamento normal dos serviços. Com efeito, registam-se neste país mais atendimentos urgentes nos hospitais do que consultas externas, sobretudo em serviços hospitalares distritais. Os dados disponíveis acerca dos atendimentos de urgência mostram que existem fortes razões para se poder afirmar que, não só não tem havido nenhum progresso, como também se tem registado um agravamento que presumivelmente prosseguirá.

Apenas cerca de 20% dos atendimentos efectuados nos SUHs correspondem a verdadeiras situações clínicas, o que em termos práticos equivale à necessidade de outros serviços absorverem de forma organizada os 80% de atendimentos hospitalares inapropriados, que actualmente sobrecarregam e anarquizam de forma intolerável as urgências hospitalares (André & Neves, 2003). No que respeita aos SUPs em Portugal, Maia (1999) refere que cerca de 90% das crianças que recorrem a estes serviços regressam ao domicílio após serem observadas, o que reflecte a benignidade das situações.

Alguns autores têm-se preocupado em saber se esta procura dos SUs é adequada, havendo já alguns estudos neste sentido. São exemplos os efectuados no SU do Hospital Pediátrico de Coimbra (Damas, Bicho & Lemos, 1990; Melo, 1999), que provam que a este serviço acorrem, sem qualquer triagem prévia, problemas que poderiam e deveriam ser resolvidos nos serviços de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Também o estudo efectuado no Hospital Geral de Santo António (HGSA) no Porto, concluiu que existe uma utilização abusiva do SUP (Granja, Moura, Mendes, Costa & Cleto, 1999). Em Lisboa, ao efectuar uma casuística relativa ao Hospital de Dona Estefânia, Coelho (1996) constatou que em 1994 se inscreveram no SUP 106 055 crianças, com uma média diária de 290.5 admissões, sendo a taxa de internamento de apenas 6.2%.

Perante esta problemática, e no âmbito do Mestrado em Psicologia - Desenvolvimento em Contextos de Risco, considerou-se pertinente desenvolver a presente investigação. Tendo em conta os números evidenciados e o confronto diário da investigadora com o grande número de crianças que recorrem inapropriadamente aos SUPs, surgiu a seguinte questão, que se considerou pertinente tendo em conta os factos

anteriormente descritos, e que se constitui como o problema da presente investigação: *quais são os contributos da psicologia para a compreensão da utilização inapropriada dos Serviços de Urgência Pediátrica?*

Sendo actualmente reconhecida a importância da Psicologia na estruturação de políticas ajustadas de saúde, este estudo revela-se de grande importância e pertinência, na medida em que o problema da excessiva procura dos SUs afecta todo o sistema de saúde português, merecendo por isso toda a atenção e empenho. Por outro lado, evidenciados os aspectos negativos do contacto hospitalar para o desenvolvimento infantil, considerou-se útil a realização de um estudo que esclarecesse alguns dos motivos que levam os adultos a recorrer inapropriadamente aos SUPs.

Segundo Duarte (2002), as investigações colocam cada vez mais a tónica nos saberes das populações sobre as questões da saúde e da doença, e na forma como estas são sentidas. A atitude de cada indivíduo face à saúde e à doença resulta de concepções de origem individual e social que advêm das experiências prévias e da noção de bem-estar corporal. Para Paúl (1999a), as atitudes face aos serviços estão intimamente ligadas às crenças e representações sociais da saúde, assim como ao papel da medicina e dos profissionais de saúde. Na óptica de Ribeiro (2007), o modo como cada indivíduo trata da sua saúde está relacionado com factores como, o comportamento, a personalidade, os aspectos emocionais, as crenças, os valores, e a forma como pensam e planificam a suas acções.

Para além disso, a doença é um acontecimento que mobiliza uma grande carga afectiva e que activa processos sociais frequentemente complexos (Duarte, 2002). As necessidades e expectativas dos indivíduos que procuram um serviço de saúde vão para além dos seus sintomas clínicos e da sua dor física. Por outro lado, os avanços científicos na área da medicina, apesar de terem contribuído para um maior controlo e prevenção de grande parte das doenças físicas, fizeram realçar novos tipos de patologias associadas a factores psicológicos.

A maioria dos estudos já realizados sobre a utilização inapropriada dos SUs preocupou-se sobretudo em explorar factores geográficos, sócio-económicos e demográficos, e em fazer relações com as organizações e funcionamentos dos serviços de saúde. No entanto, apesar das características da população e da acessibilidade aos serviços poder determinar a procura dos SUs, outros factores como sócio-culturais e psicológicos

devem também ser tidos em conta na explicação deste comportamento, mas são ainda pouco estudados. Com efeito, as sugestões dos estudos mais frequentes nesta área prendem-se com a necessidade de caracterização social e psicológica dos frequentadores inapropriados dos SUs.

De carácter proeminentemente exploratório-descritivo, o presente estudo quantitativo, visa identificar possíveis factores psicológicos que possam contribuir para a compreensão da utilização inapropriada dos SUPs. Para a condução da investigação e clarificação da resposta à questão de partida anteriormente formulada definiram-se como objectivos específicos:

- Caracterizar as crianças e respectivos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP;
- Descrever factores contextuais da utilização inapropriada do SUP;
- Identificar as crenças dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP;
- Analisar a percepção dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP sobre a gravidade e a urgência do problema de saúde das crianças;
- Analisar a percepção dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP sobre a fragilidade, o temperamento e os problemas emocionais e comportamentais das crianças;
- Identificar sintomas psicopatológicos nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP;
- Verificar se os acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP são emocionalmente perturbados;
- Avaliar se o número de consultas anteriores (NCA) está relacionado com as crenças dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP;
- Avaliar se NCA está relacionado com as percepções dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP sobre a fragilidade, o temperamento e os problemas emocionais e comportamentais das crianças;
- Avaliar se o NCA está relacionado com a presença de perturbação emocional nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP;

- Verificar se a presença de perturbação emocional nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP está associada à sua percepção sobre a gravidade e a urgência do problema de saúde das crianças;
- Verificar se a presença de perturbação emocional nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP está associada à sua percepção sobre a fragilidade, o temperamento e os problemas emocionais e comportamentais das crianças.

Para a realização do estudo foi constituída uma amostra de crianças e respectivos acompanhantes que recorreram inapropriadamente, isto é, sem critérios de urgência, ao SUP de um Hospital Central da região de Lisboa. Este campo de estudo foi escolhido por ser o local de exercício profissional da investigadora, revelando-se por isso de fácil acesso, mas também por se tratar de um local rico em termos de afluência de crianças, demonstrado pelos seus dados estatísticos.

Relativamente à estrutura, a presente dissertação encontra-se dividida em duas partes fundamentais: o estudo teórico e o estudo empírico. O estudo teórico é contemplado no Capítulo I, que diz respeito ao enquadramento conceptual e onde é feita uma breve caracterização do estado actual do conhecimento relativamente ao tema em análise. Neste capítulo são apresentados os principais contributos teóricos para o estudo empírico, sendo explorados e definidos os construtos teóricos relacionados com a problemática da investigação. Assim, pretende-se inicialmente abrir portas para o enquadramento do estudo no âmbito da Psicologia, esclarecendo os contributos desta ciência para os estudos relacionados com a área da saúde. Posto isto, é apresentada a realidade que deu origem ao problema desta investigação, ou seja, a utilização inapropriada dos serviços de saúde, nomeadamente dos SUs, assim como os factores a ela associados que se encontram já estudados. Posteriormente, e numa tentativa de perceber possíveis contributos da psicologia para a compreensão da utilização dos serviços de saúde, são abordadas as diversas concepções de saúde e de doença, as suas representações sociais e cognitivas, e o modo como podem influenciar a procura de cuidados de saúde. Por fim, são descritos alguns estudos relacionados com a psicopatologia infantil e parental e a sua relação com a utilização dos serviços de saúde.

O Capítulo II desta dissertação inicia o estudo empírico e consiste na descrição da investigação efectuada. É realizado um enquadramento metodológico sendo clarificadas as opções de natureza epistemológica e metodológica, e explicitado o método utilizado no desenvolvimento deste estudo. Neste capítulo é traçado o desenho da investigação, criado com vista a obter respostas para as questões formuladas. Este desenho inclui os seguintes elementos: a escolha do meio, a selecção dos sujeitos da amostra, as estratégias e os instrumentos utilizados para colheita de dados, e a descrição do procedimento da investigação.

No Capítulo III são apresentados os dados recolhidos empiricamente, assim como os resultados do tratamento estatístico descritivo e inferencial. Os resultados são analisados segundo as variáveis do estudo e tendo em atenção os objectivos inicialmente delineados.

No Capítulo IV procede-se à análise e interpretação dos resultados obtidos, contextualizando-os e confrontando-os com o quadro teórico desenvolvido na primeira parte do estudo. O capítulo termina com as principais conclusões da investigação e com uma reflexão sobre os resultados obtidos, no sentido de dar resposta à questão de partida. São igualmente tecidas algumas considerações finais, os principais contributos do estudo e algumas sugestões que se consideram pertinentes para investigações futuras.

Anexados a esta dissertação encontram-se alguns dados estatísticos relativos ao SUP onde se realizou o estudo, o instrumento utilizado, as autorizações que permitiram que fosse colocado em prática e os *outputs* dos testes estatísticos efectuados.

Ciente de que esta investigação não se pode considerar um trabalho finalizado, pretende dar-se a conhecer os seus resultados com o intuito de possibilitar uma reflexão crítica sobre os mesmos. Neste sentido, considera-se que a presente dissertação poderá dar um contributo relevante para estudos posteriores que visem a projecção de uma reorganização dos cuidados de saúde de forma a responder eficaz e eficientemente às reais necessidades da população, garantindo a qualidade e a utilização racional dos serviços de saúde disponíveis.

PARTE UM: ESTUDO TEÓRICO

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação (Fortin, 1999). No decurso deste capítulo é apresentado um corpo teórico, no qual ressaltam os principais construtos comuns e divergentes que permitem caracterizar o estado actual do conhecimento relativamente à temática em análise, facilitando deste modo a concepção do estudo empírico.

1. CONTRIBUTOS DA PSICOLOGIA PARA A COMPREENSÃO DA SAÚDE E DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

O conhecimento dos factores explicativos dos comportamentos relacionados com a saúde e a doença facultados pelos estudos na área da Psicologia, ajuda a compreender os comportamentos adoptados pelos indivíduos, como também origina sugestões de intervenção, úteis para a sua modificação (Bennett & Murphy, 1997/1999).

Neste primeiro ponto é feito um enquadramento do estudo na área da Psicologia, alicerçado nos contributos que esta ciência oferece, quer ao nível da compreensão do utente relativamente à saúde e ao sistema de cuidados, quer no processo de confronto com a situação de doença. Tendo igualmente em atenção que existem contextos, situações e acontecimentos que influenciam activamente os percursos de vida de um indivíduo, este ponto analisa também as consequências da experiência da hospitalização no processo de desenvolvimento infantil, justificando deste modo a pertinência da investigação neste contexto de risco específico.

1.1. Papel da Psicologia na Saúde

A explicação dos comportamentos de saúde e das reacções à doença não faz hoje em dia sentido sem o contributo das variáveis psicológicas. Actualmente, a ciência da Psicologia é abordada no âmbito da saúde englobando variadas áreas de intervenção e inúmeros contextos. Na realidade, a carência de uma intervenção pensada e organizada sobre o adoecer físico obrigou a que se transpusesse a dicotomia do físico *versus* mental, e que se alongasse o espaço de acção para a saúde.

Nos anos 70, o progressivo reconhecimento e aceitação de uma visão holística da saúde, e a consequente aceitação por parte dos médicos da insuficiência do modelo biomédico, estiveram na origem da mudança conceptual do sistema de saúde em geral e dos cuidados de saúde em particular (Engel, 1977). Igualmente, a valorização por parte dos

psicólogos do corpo e da saúde física no desenvolvimento global do indivíduo, contribuíram para os avanços mais recentes deste domínio. Também na década de 70, nos EUA, foi criada no seio da American Psychological Association (APA) uma *Task Force on Health Research* com o objectivo de “estudar a natureza e a extensão da contribuição dos psicólogos para a investigação básica e aplicada sobre os aspectos comportamentais nas doenças físicas e na manutenção da saúde” (APA, 1976, p.263). Neste contexto, tendo em conta que se reconhece e aceita o envolvimento dos factores psicológicos na doença física, nos acidentes, na deficiência e na saúde em geral, esta associação assume que a Psicologia pode dar um contributo importante na compreensão e integração dos cuidados de saúde (APA, 1976).

Ao mesmo tempo, na Europa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1984 esclarece a contribuição da Psicologia para a saúde, sugerindo uma orientação da prática para incluir os problemas de saúde em geral e não somente a doença mental (WHO, 1985). Neste sentido, esta organização defendeu o contributo dos psicólogos para a consecução do Programa *Saúde para Todos no Ano 2000* (OMS, 1986), no qual a psicologia desenvolveria acções com objectivos de saúde, argumentando a mutação do papel tradicional do psicólogo, que intervém na saúde em função de novos objectivos de saúde planetários.

Assim, também ainda na década de 70, emerge um ramo da Psicologia, a Psicologia da Saúde, que Matarazzo (1980, 1984) definiu como o domínio da Psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas desta ciência, tendo em vista a promoção e protecção da saúde; a prevenção e tratamento da doença; a identificação da etiologia e do diagnóstico relacionados com a saúde, com a doença e com as disfunções associadas; a análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e o aperfeiçoamento da política de saúde. Na perspectiva de Bennett (2000/2002), a Psicologia da Saúde está estreitamente apegada à prestação de cuidados de saúde, e desenvolveu um quadro que permite compreender os aspectos que influenciam o indivíduo quando adoece e dá entrada no sistema de cuidados de saúde.

É de realçar igualmente o contributo da Psicologia Social para a análise e melhoria dos sistemas de cuidados de saúde, bem como na identificação de barreiras à adesão de comportamentos de promoção da saúde, na avaliação das crenças e emoções dos utentes e na modificação de atitudes negativas dos utentes. Os modelos teóricos oriundos da

Psicologia da Saúde e Social fornecem um quadro conceptual para o estudo dos determinantes dos comportamentos de saúde. Existem diversos modelos psicológicos do comportamento que têm sido desenvolvidos especificamente para prever o comportamento relativo à saúde (e.g., modelo de crença na saúde, a teoria motivacional de protecção), sendo todos eles concordantes no que se refere ao papel central das atitudes e crenças como determinantes do comportamento.

A Psicologia do Desenvolvimento tem conceptualizado modelos que dão a conhecer as representações que as crianças e familiares têm da doença, assim como a respectiva influência sobre a reacção emocional, os comportamentos de confronto adoptados e o processo de adaptação à situação aguda, crónica ou terminal. Com efeito, vários desenvolvimentistas concluíram que as crianças desenvolvem crenças sobre o que é a saúde, a doença, os tratamentos e a dor, de uma forma bastante uniforme e previsível ao longo do seu processo cognitivo.

Também ao longo da história da pediatria o interesse por processos e variáveis psicológicas esteve sempre presente (Routh, 1988, cit. por Barros, 2003), sendo reconhecida a importância dos aspectos psicológicos (comportamentais, cognitivos e emocionais) no tratamento e prevenção dos problemas de saúde infantil. Já em 1973, Duff, Rowe e Anderson (cit. por Barros, 2003), constataram que um número significativo de queixas expostas nas consultas de pediatria compreendia problemas meramente psicológicos (e.g., disciplina e aprendizagem), ou problemas originários da interacção entre processos físicos e processos psicológicos (e.g., perturbações do sono e do comportamento alimentar, dor psicogénica). Segundo estes autores, apenas 12% dos problemas eram considerados puramente de ordem física. Com efeito, diversos estudos na área da Psicologia evidenciam que o processo de adoecer numa criança ou adolescente não se confina aos aspectos biológicos, uma vez que é amplamente influenciado por factores psicossociais e do desenvolvimento, implicados na adaptação da criança à doença.

Ao contrário do que acontecia com a saúde mental adulta, os vários domínios do comportamento, desenvolvimento e patologia infantil não eram inconciliáveis com os aspectos mais relacionados com a doença ou perturbações fisiológicas (e.g., alimentação, sono, eliminação, doença crónica). A psicologia clínica infantil sempre esteve mais interessada nos aspectos fisiológicos do comportamento e nas suas perturbações do que a psicologia clínica dos adultos (Barros, 2003). Por seu lado,

a própria pediatria sempre namorou com variáveis e processos psicológicos de uma forma muito diferente das outras especialidades médicas (...) [e] teve sempre tendência para ser menos biomédica do que as suas congéneres adultas, pelo que estaria mais disponível para colaborar com a psicologia (Barros, 2003, p.20).

A Psicologia da Saúde mantém relações estreitas com a Psicologia Pediátrica, considerando vários autores que a última se integra na primeira. Neste sentido, a Psicologia Pediátrica segue o objectivo central da Psicologia da Saúde, anteriormente referida por Matarazzo (1980, 1984), mas virada para a especificidade da saúde da criança e do adolescente.

A Academia Americana de Pediatria sempre se manteve interessada nos aspectos psicossociais do desenvolvimento da saúde da criança. As contribuições da Psicologia para a Pediatria deram origem à designação de Psicologia Pediátrica, introduzida por Wright em 1967 ao propor a aplicação da Psicologia nos serviços de saúde infantil, sugerindo assim uma nova área de intervenção. O nascimento da Psicologia Pediátrica ocorre simultaneamente com o de novas especialidades em Pediatria, tais como a pediatria comportamental e do desenvolvimento.

Em 1987, o *Executive Committee of the Society of Pediatric Psychology* definiu a Psicologia Pediátrica como um campo interdisciplinar que aborda questões do desenvolvimento físico e mental, da saúde e da doença, que afectam as crianças, adolescentes e famílias. Segundo o mesmo órgão, esta disciplina abrange uma multiplicidade de tópicos que exploram a relação entre o bem-estar físico e psíquico das crianças e adolescentes, que incluem: a compreensão, a avaliação e a intervenção em situações de perturbação do desenvolvimento; a avaliação e o tratamento dos problemas comportamentais e emocionais e de doenças concomitantes; o papel da psicologia na medicina pediátrica; a promoção da saúde e do desenvolvimento e a prevenção da doença e dos acidentes nas crianças e jovens (Roberts, LaGreca & Harper, 1988). Mais recentemente, em 1999, a APA (cit. por Barros, 2003, p.22) definiu a área da Psicologia Pediátrica como “um domínio interdisciplinar que se ocupa do funcionamento e do desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional e do seu relacionamento com a saúde a doença em crianças, adolescentes e famílias”.

De entre os vários objectivos da Psicologia Pediátrica destacam-se: a cooperação com os serviços de saúde na prevenção e no despiste de perturbações emocionais,

comportamentais e desenvolvimentais; o apoio na adaptação da criança e família à hospitalização, aos tratamentos aversivos e às interrupções da vida quotidiana derivadas da doença aguda ou crónica; a identificação dos riscos derivados destas situações potencialmente traumáticas (Barros, 2003). Como tal, a Psicologia tem dado um contributo importante na avaliação do impacto psicológico dos diversos contextos no desenvolvimento, salientando-se os estudos que abordam as consequências da hospitalização para o desenvolvimento da criança e do adolescente.

1.2. Influência dos Contextos de Saúde no Desenvolvimento Humano

Num vasto sentido, o desenvolvimento é hoje entendido pela generalidade de autores e correntes como um processo que pressupõe a ocorrência de mudanças ao nível do funcionamento e do comportamento individuais ao longo da vida. Várias teorias do desenvolvimento têm conceptualizado o modo como acontecem as mudanças nos indivíduos, bem como a forma de as influenciar.

O estudo psicológico do desenvolvimento, à medida que foi transpondo a sua mera descrição e colocando a tónica na explicação dos processos que lhe estão subjacentes, foi recorrendo a disciplinas próximas da psicologia e contemplando contribuições diversas, reconhecendo a existência de vários quadros conceptuais ajustados à interpretação dos fenómenos implicados no desenvolvimento humano. Com efeito, a partir dos anos 70, o estudo do desenvolvimento começou a considerar simultaneamente vários dados e teorias e a recorrer a contributos científicos diversificados, fazendo-os convergir no sentido de uma compreensão global do desenvolvimento e abordando-o sob vários pontos de vista (Fonseca, 2005).

Ficando para trás as concepções que restringiam o desenvolvimento a uma sequência crescimento-estabilidade-declínio (e.g., Hall, Wechsler) ou a períodos da infância e da adolescência (e.g., Freud, Piaget), foram despontando na segunda metade do século XX concepções de natureza multidisciplinar que reflectiam conceitos diferenciados de desenvolvimento, baseadas no pressuposto de que este processo ocorre ao longo da vida e é determinado não apenas pela idade mas por múltiplos outros factores (Fonseca, 2005). Tal como referem Bronfenbrenner, Kessel, Kessen e White (1986, cit. por Fonseca, 2005, p.19), “à medida que o mundo científico foi-se movendo para uma era pós-positivista ou

pós-moderna, a psicologia do desenvolvimento (...) foi-se tornando também progressivamente mais consciente da influência exercida por aspectos, dimensões e contextos sociais, culturais e históricos”.

Hoje em dia, o desenvolvimento humano é encarado como um sistema complexo que sofre influências biológicas, psicológicas e ecológicas, onde se interligam também factores relacionais, sociais, culturais e históricos, que têm vindo a adquirir uma importância crescente no desenho das trajectórias desenvolvimentais ao longo da vida.

Perspectivando a compreensão dos factores implicados no desenvolvimento humano, salienta-se a importância do contributo de vários autores na consolidação de um conjunto de princípios teóricos, que suportam actualmente uma visão do desenvolvimento humano apoiada nas inter-relações estabelecidas entre os indivíduos e os contextos, enfatizando o papel da interacção dinâmica e recíproca entre variáveis muito diversas na construção desse desenvolvimento. Entre outros, destacam-se por exemplo Baltes (1987), com a sua teoria conhecida por *psicologia do desenvolvimento da life-span* e Bronfenbrenner (1979, 1989), com a sua *abordagem ecológica do desenvolvimento humano*. Para além da ênfase comum nas relações entre a pessoa e o contexto, estes autores defendem a necessidade de enquadrar o estudo do desenvolvimento humano nos cenários reais da existência humana.

Segundo Bronfenbrenner e Crouter (1983), durante o ciclo de vida o desenvolvimento humano implica a mudança dos padrões de comportamento ou de percepção, resultantes da interacção entre as características biológicas do indivíduo em desenvolvimento e as do meio ambiente em que vive. Numa perspectiva ecológica, Bronfenbrenner (1979, 1989) defende que o desenvolvimento ocorre na sequência de mudanças duradouras e estáveis na relação entre a pessoa e o seu meio ambiente. Emersas na convicção de que o desenvolvimento e o comportamento humanos só encontram o seu verdadeiro significado quando devidamente contextualizados, as concepções da *abordagem ecológica do desenvolvimento humano* referentes ao indivíduo, ao ambiente e à interacção entre ambos, reforçam a tendência para se olhar simultaneamente no sentido do indivíduo e para além deste, isto é, para o ambiente ecológico que o rodeia, feito de contextos e de relações. Tal como refere Bronfenbrenner (1989, p.188),

a ecologia do desenvolvimento humano é o estudo científico da acomodação progressiva e mútua, ao longo do ciclo de vida, entre um ser humano activo e em desenvolvimento e os contextos

imediatos e em transformação em que a pessoa vive, sendo este processo afectado pelas relações que se estabelecem entre estes contextos.

Perspectivas recentes da Psicologia do Desenvolvimento encontram na ecologia do desenvolvimento humano um campo privilegiado para a construção de teorias e de metodologias, capazes de ilustrar o modo como diferentes modalidades de relação indivíduo-contexto se traduzem em distintas trajectórias de existência. A aplicação dos conceitos teóricos e metodológicos da Psicologia do Desenvolvimento na promoção do bem-estar individual e na resolução de problemas que surgem na vida dos indivíduos, permite compreender o papel e o alcance que os estudos do desenvolvimento humano desempenham em áreas tão diversificadas como a saúde, educação, vida familiar, entre muitas outras (Lerner, Fisher & Weinberg, 1997).

Vários são os autores que abordam o tema da saúde como um aspecto influenciador do desenvolvimento. Numa perspectiva desenvolvimental, Baltes, Reese e Lipsit (1980) defendem a saúde como um acontecimento normativo na vida dos indivíduos, na medida em que ser saudável é o estado habitual. Já a doença, pelo contrário, trata-se de um acontecimento não normativo. Também Roberts, Maddux e Wright (1984, cit. por Barros, 2003), reconhecem a importância de encarar o processo de desenvolvimento como parte integrante da vivência e confronto das situações de doença. Mais recentemente, Ribeiro (2007) continua a ser um defensor deste modo de pensar, afirmando que uma saúde frágil reduz as interações e pode comprometer o desenvolvimento humano na sua total potencialidade. Este mesmo autor acrescenta ainda que,

a saúde é um factor decisivo para o desenvolvimento humano, um domínio fundamental na vida de cada indivíduo ao longo de todo o seu ciclo de vida. Acompanha o desenvolvimento humano, da concepção à morte. Neste sentido, a uma saúde frágil compromete o desenvolvimento humano e social (p.81).

Para Gomes Pedro (cit. por Silva, 1990, p.28), “a doença constitui uma ruptura no processo de desenvolvimento da criança, principalmente do desenvolvimento do ego e dos seus sistemas de equilíbrio (...)”. O mesmo autor (cit. por Silva, 1990, p.28) considera que,

o tipo de ruptura nos seus sistemas de controle está relacionado com os estádios de consciência da criança, com as reacções perante o stress, com os padrões de confiança e de identidade da criança e do seu modo de interagir com os outros (...) a criança pode regredir dos seus mecanismos de defesa e de dependência das ligações que lhe asseguram confiança e afecto.

Segundo Barros (2003), a interpretação desenvolvimentista considera fundamentalmente duas perspectivas do desenvolvimento: uma essencialmente descritiva e outra sociocognitiva. Segundo a primeira visão, que vê o desenvolvimento em *ciclos de vida (life-span)* e que estuda as características e processos dos diferentes grupos etários ou períodos de vida, compreender as características de cada período da infância e adolescência é fundamental para definir e antecipar as principais dificuldades e problemas de saúde e as doenças mais comuns ou prováveis em cada estadio, bem como o seu impacto em cada período de vida. Por seu lado, a perspectiva sociocognitiva do desenvolvimento procura compreender a relação entre as mudanças desenvolvimentistas e a capacidade das crianças para interpretar e compreenderem as suas experiências de saúde e doença. Segundo o desenvolvimentista Piaget, a criança compreende e interpreta os fenómenos relativos à saúde e à doença de forma diferente do adulto, sendo essa compreensão determinada pelo desenvolvimento cognitivo e sociocognitivo (Barros, 2003). Por conseguinte,

o desenvolvimento da compreensão dos conceitos de doença, das suas causas e consequências, e da possibilidade de a controlar ou curar partilha as características de transformação hierarquizada em fases de progressiva abstracção, generalização, integração e flexibilização, que foram anteriormente definidos para a evolução do conhecimento de outros fenómenos do mundo concreto (Piaget & Inhelder, 1968, cit. por Barros, 2003, p.24).

Também na opinião de Duff e colaboradores (1973, cit. por Barros, 2003), os problemas detectados e abordados nos serviços pediátricos compreendem um número significativo de questões relacionadas com o desenvolvimento, comportamento e educação, que podem ser abordados de modo preventivo, ou num nível primário de intervenção educacional. Por outro lado, os estudos na área da psicopatologia do desenvolvimento (e.g., Rutter, 1982; Rutter & Rutter, 1993) têm revelado consequências derivadas da experiência de doença, dos tratamentos e da hospitalização.

O desenvolvimento nas primeiras fases da vida é caracterizado por mudanças rápidas, estruturadas e sequenciadas. Na óptica de Roberts e colaboradores (1984) e Whitt (1982) citados por Barros (2003), actualmente a criança é vista como um ser em desenvolvimento e transformação acelerados, sendo necessário ter em atenção as discontinuidades cognitivas e sociocognitivas que esse desenvolvimento implica. Para estudar o desenvolvimento da criança, torna-se necessário observar as modificações psíquicas através do tempo, as transformações psicológicas e sobretudo os factores

adversos que podem influenciar a sua progressão. Uma das áreas de intervenção da Psicologia é a contribuição para a detecção de situações de risco para prevenir sequelas de desenvolvimento na criança.

1.3. Risco no Desenvolvimento da Criança e do Adolescente

A contemporaneidade faz deste um mundo complexo e cheio de problemas que se acumulam sob a forma de riscos, que vão desde as variáveis genéticas e biológicas até às psicossociais. A criança e o adolescente constituem um grupo que, por definição e pelas várias vulnerabilidades que lhes estão associadas, se encontra sujeito a riscos acrescidos. Desta forma, a identificação de crianças e adolescentes expostos a contextos de risco é uma preocupação nos dias que correm.

A evolução do conceito de risco proporcionou grandes contributos para as pesquisas na área da Psicologia do Desenvolvimento. O conceito de risco começou por ser relacionado com o modelo biomédico, por associação ao termo mortalidade (Haggerty, Sherrod, Garmezy & Rutter, 2000), sendo apenas na década de 80, com a publicação de variadas pesquisas, que o termo foi associado aos estudos do desenvolvimento humano (Horowitz, 1992). Nessa altura, os estudos procuravam definir e identificar os factores de risco com o intuito de avaliar a sua influência no desenvolvimento de crianças e adolescentes, mas também de planear intervenções direccionadas para a redução dos problemas de comportamento nessa faixa etária.

Os factores de risco são elementos com grande probabilidade de desencadear ou associar-se ao desencadeamento de um determinado evento indesejado. Pode afirmar-se que uma criança/adolescente se encontra numa situação de risco quando o seu desenvolvimento não acontece como seria esperado para a sua faixa etária e de acordo com os seus parâmetros culturais. Em 1994, a UNESCO (cit. por Guimarães, 2004, pp.16-17), na Declaração de Salamanca, definiu o conceito de alto risco como,

a presença de características ou condições da própria criança ou do meio no qual cresce e se desenvolve, as quais implicam uma alta possibilidade de produzir efeitos negativos sobre o seu processo de crescimento, até ao ponto de determinar um atraso de maior ou menor importância.

As situações consideradas de risco constituem obstáculos individuais ou ambientais que aumentam a vulnerabilidade da criança/adolescente para consequências negativas ao nível do seu desenvolvimento (Engle, Castle & Menon, 1996). A *vulnerabilidade* pode ser entendida como a predisposição individual para originar possíveis alterações psicopatológicas ou comportamentos não eficazes, ou a susceptibilidade para modificações desenvolvimentais negativas. As crianças expostas a factores de risco que desenvolvem distúrbios evolutivos, problemas de conduta e/ou desequilíbrio emocional são chamadas de vulneráveis.

Existe uma diversidade de factores que tornam a criança e o adolescente potencialmente mais vulneráveis, podendo constituir-se como um risco para gerar desordens no desenvolvimento esperado. O risco pode ser físico (e.g., doenças genéticas ou adquiridas, prematuridade, desnutrição, baixo peso, lesões cerebrais), social (e.g., família desestruturada ou desorganizada, mães solteiras ou jovens, desemprego, desvantagens sócio-económicas, dificuldades de acesso à saúde e educação, minoria social, exposição a drogas, violência familiar, abandono) ou psicológico (e.g., depressão, ansiedade, stress, distúrbios de conduta ou de personalidade, problemas de aprendizagem, síndrome pós-trauma, maus-tratos, negligência ou exploração, pais com desordens afectivas ou anti-sociais ou com problemas psicológicos e mentais).

Benard (1991) refere que o desenvolvimento humano saudável resulta de um equilíbrio entre factores de risco e factores de protecção, determinados não apenas na contabilização do número de variáveis de um e de outro tipo, mas sobretudo na sua frequência respectiva, duração, severidade e etapa do desenvolvimento em que ocorrem.

Na opinião de Guimarães (2004), a definição do conceito de risco deve ter em conta a heterogeneidade das necessidades físicas e psicológicas nos diferentes estadios de desenvolvimento da criança/adolescente, bem como a capacidade dos diversos contextos de desenvolvimento para as satisfazer, nomeadamente da família, escola e comunidade. A família é considerada como o primeiro contexto responsável pela satisfação das necessidades primárias físicas (alimentação, abrigo, protecção contra o perigo) e sócio-emocionais (interacção, afecto, aceitação e jogo) da criança/adolescente. Por conseguinte, segundo a mesma autora, pode considerar-se criança/adolescente em situação de risco, aqueles que pelas suas características biológicas ou familiares, poderão estar sujeitos a carências e privações que comprometam a satisfação das suas necessidades básicas.

Os riscos psicossociais, principalmente quando combinados, tendem a modelar o repertório infantil tanto no desenvolvimento de problemas comportamentais e emocionais quanto na aquisição de comportamentos adequados. Ou seja, como acredita Horowitz (1992), as adversidades também dificultam a aprendizagem dos comportamentos não-universais, relacionados ao repertório individual. A dimensão sócio-emocional é a mais afectada pelos ambientes de desenvolvimento da criança.

Os estudos epidemiológicos longitudinais dos últimos 20 anos mostraram que o efeito etiopatogénico das experiências precoces adversas deve ser relativizado, e que mais do que um acontecimento isolado, o que está em causa é a acumulação de acontecimentos negativos ao longo do tempo, as sequências de situações adversas, o carácter crónico de certas situações e a ocorrência de acontecimentos negativos em certas fases críticas do desenvolvimento.

Haggerty e colaboradores (2000) consideram existir uma relação entre acontecimentos stressantes e doença, porém essa relação é ainda de difícil definição. O que se sabe é que alguns indivíduos são mais susceptíveis ou vulneráveis a esses acontecimentos, quando comparados a outros na mesma situação de risco, por diferenças fisiológicas ou psicológicas. Ainda para os mesmos autores, existem períodos de vida em que o indivíduo está mais vulnerável (e.g., a adolescência, por se tratar de uma fase no desenvolvimento em que ocorrem diversas mudanças físicas e psicológicas). Horowitz (1992) acrescenta ainda que, os riscos podem actuar não só na infância ou na adolescência, mas em qualquer etapa do ciclo vital, mudando a direcção do desenvolvimento.

Por outro lado, os riscos são geralmente parte integrante de um ambiente complexo e, quando interligados, têm a potencialidade para influenciar o indivíduo. Com efeito, segundo vários autores, mais importante que o risco isolado, é a combinação de adversidades que originam consequências negativas em diferentes áreas do desenvolvimento. Por exemplo, Garmezy (1988) admitiu que o poder da acumulação de eventos e a cronicidade das adversidades se tem tornado evidente nos estudos sobre o risco, e que essa abordagem vem substituir o foco anteriormente dado a eventos específicos como antecedentes às desordens de comportamento. Engle e colaboradores (1996) consideram que embora a análise do risco inicialmente tenha examinado esses factores como eventos estáticos, análises mais sofisticadas sugerem que o risco é um processo, e que, por exemplo, o número total de factores de risco a que uma criança foi exposta, o

período de tempo, o momento da exposição ao risco e o contexto são mais importantes do que propriamente uma exposição grave.

Relativamente à acumulação de acontecimentos negativos e crónicos (e.g., discórdias familiares, criminalidade familiar, desordem psiquiátrica da mãe, ausência de cuidados parentais), Garmezy (1993) defende que quanto maior o número de acontecimentos stressantes no seio familiar maior será a probabilidade de ocorrer problemas psiquiátricos na criança. Masten e Coastworth (1995) referem que a desestruturação ou os conflitos interparentais frequentes provocam uma mistura complexa de adversidades crónicas, eventos stressores e acúmulo de riscos.

Assim, os desenvolvimentistas contemporâneos acreditam que as adversidades não são isoladas ou independentes, pois fazem parte do contexto social, envolvendo factores políticos, sócio-económicos, ambientais, culturais, familiares e genéticos. Deste modo, os factores de risco, quando associados, podem desencadear alterações negativas no desenvolvimento normal. Quando diversas situações de risco se associam tornam difícil o correcto desenvolvimento, a aquisição de habilidades e o desempenho de papéis sociais.

Garmezy (1988) sugere que eventos agudos podem ser infinitamente mais desastrosos do que condições crónicas a que o indivíduo já está habituado. Para Rutter (1981), os eventos agudos podem provocar efeitos a curto prazo, mas nem sempre a longo prazo. No entanto, as pessoas expostas a adversidades crónicas têm mais dificuldade em lidar com eventos de vida agudos. Por exemplo, a hospitalização de uma criança por menos de uma semana geralmente não está associada a sequelas posteriores. Mas o efeito de repetidas hospitalizações seria maior se associado a adversidades psicossociais do que em circunstâncias mais favoráveis de vida. A Psicologia do Desenvolvimento tem fornecido grandes contributos no estudo das repercussões da experiência da hospitalização no processo de desenvolvimento da criança e do adolescente.

1.4. Hospitalização como um Factor de Risco para o Desenvolvimento Infantil

A doença e a hospitalização constituem uma importante crise na vida das crianças, sendo o estudo dos seus efeitos no desenvolvimento um dos objectos da Psicologia. Tal como refere Barros (2003, p.31), “os estudos actuais de psicopatologia do desenvolvimento

oferecem um conjunto de dados bem fundamentados e validados sobre as eventuais consequências das experiências de doença, de tratamentos médicos e de hospitalização, e a sua correlação com a emergência posterior de patologia (...).”

Com efeito, as crianças são particularmente vulneráveis às modificações que se operam no seu ambiente e na sua rotina habitual, coadjuvando também o facto de ainda possuírem poucos mecanismos de defesa para enfrentar e superar experiências stressantes. O início súbito de uma doença ou um acidente e a admissão num SU constituem uma experiência traumatizante para a criança e pais, que deixa pouco tempo para preparação ou explicações. Mesmo em situações não urgentes, que requerem pequenos tratamentos, a criança é exposta a um ambiente estranho e assustador, com gente desconhecida, que lhe provoca desconforto (Silva, 1990). Teoricamente, a admissão no SU de um hospital é geralmente uma experiência nova para a criança, enquanto que, pelo contrário, se encontra mais familiarizada com os profissionais do CS.

A conceptualização da doença e a reacção da criança no contacto com o hospital dependem de uma diversidade de factores tais como, a idade, o grau de maturidade, o seu estilo de confronto, as atitudes do seu meio, as suas experiências anteriores, as características da doença, a natureza mais ou menos agressiva dos cuidados exigidos, entre outras. A relação entre a criança e o hospital envolve necessariamente medo, desconforto físico e muitas vezes dor. Para a criança, a hospitalização é sinónimo de separação da família, quebra nas actividades habituais, doença, tratamentos dolorosos e sofrimento (Bennett, 2000/2002).

Segundo Brazelton (1995), a experiência de estar longe de casa, de estar doente e de ser tratado por adultos que não os pais, é sempre um desafio traumático para a criança. Para uma criança uma doença parece interminável. Quando se sente doente, ela não tem a noção de já se ter sentido de outro modo, sente que essa doença é permanente. A sensação de desamparo que acompanha uma doença é simultaneamente angustiante e assustadora. A criança sente inevitavelmente que isso é uma retaliação por algo que fez.

Como refere Barros (2003), as actuais políticas de saúde defendem a diminuição do número e da duração dos internamentos hospitalares, ao reconhecerem as vantagens económicas e administrativas para a gestão hospitalar, mas também os benefícios psicológicos para a saúde em geral dos doentes. Nos dias de hoje, existem quadros teóricos suficientes para clarificar as consequências negativas da hospitalização, principalmente

durante a infância e adolescência, pelo que esta experiência dever ser evitada ou reduzida, sempre que possível.

1.4.1. Consequências da Hospitalização Infantil

Os primeiros estudos sobre a hospitalização surgiram por volta dos anos 50 e 60 e centravam-se na identificação das perturbações infantis que ocorriam durante o internamento e nas consequências no desenvolvimento, revelando resultados bastante negativos. Os mais mediáticos foram os trabalhos de Spitz (1946), que descreveu o *síndrome de hospitalismo*, e de Bowlby (1960), sobre os efeitos da separação da mãe-filho no estabelecimento da vinculação. Estes estudos analisavam situações de separação e privação continuada da relação mãe-filho e o seu efeito negativo para o desenvolvimento da criança.

Na sequência destes, também autores como Jessner, Blom e Waldfogel (1952) e Prugh, Staub, Sands, Kirschbaum e Lenihan (1953), citados por Barros (2003), identificaram durante o período de internamento hospitalar, atitudes depressivas, de negativismo, de apatia, de pânico e de birras. Também durante esta época, e resultante dos vários estudos realizados, foram salientadas as consequências a curto prazo, traduzidas em comportamentos de regressão, ansiedade geral, ansiedade de separação, problemas de alimentação e de sono e agressividade (Vernon, Schulman & Foley, 1966, cit. por Barros, 2003). No que diz respeito às consequências a médio prazo, Douglas (1975) e Prugh e colaboradores (1953), citados por Barros (2003), referem problemas de comportamento múltiplo que incluíam dificuldades de leitura, de comportamento e delinquência, e o aumento de psicopatologia.

A maior preocupação dos estudos acerca das consequências da hospitalização está relacionada com a perturbação comportamental e com o aumento da ansiedade da criança e dos pais. Assim, considera-se que a perturbação comportamental a curto prazo, quer se manifeste por ansiedade, agressividade ou regressão, é por si problemática, podendo conduzir a problemas futuros, nomeadamente em situações em que a criança tenha que lidar novamente com stressores relacionados directa ou indirectamente com a hospitalização (Barros, 2003). Esta autora salienta ainda que, quando o aumento da ansiedade acontece num contexto familiar com poucos recursos de confronto para ajudar a



criança, poderá explicar muitas das sequelas ao nível psicopatológico e do desenvolvimento a médio e a longo prazo.

Tal como descrevem Braga, Fernandes, Costa e Carvalho (1995), em crianças pequenas e em idade escolar a regressão emocional e comportamental em resposta às doenças é muito frequente, podendo levar a estados de depressão, a sentimentos de medo, abandono e desespero, a ilusões e alucinações. Os efeitos sobre o comportamento podem incluir: indiferença, negativismo, frustração, irritabilidade, agressividade, transtornos do sono, do apetite, onicofagia, movimentos rítmicos do corpo, suspensão da respiração, ranger dos dentes, fobia, asma e alergia de conversão, gaguez, tiques, inquietação e hiperactividade, que por vezes complicam o tratamento de doenças.

Na perspectiva de Barros (2003), muitas das consequências da hospitalização podem não ser muito evidentes enquanto a criança permanece no hospital, mas serem apenas interpretadas como problemáticas quando ela regressa a casa e retoma os seus hábitos e rotinas quotidianas, sendo frequentes as alterações de comportamento (e.g., retrocesso de hábitos de autonomia e higiene já adquiridos, maior chamada de atenção, comportamentos mimados e birrentos, maior sensibilidade). A reforçar esta ideia, Bowlby (1979/1982) refere que quando uma criança pequena se vê no meio de estranhos, além de se mostrar inquieta no momento, as suas relações imediatas com as figuras parentais ficam comprometidas, pelo menos temporariamente.

Apesar de se reconhecer que o contacto com o hospital representa para a criança um encontro com o stress da doença física, o desconforto e muitas vezes a dor, actualmente, reconhece-se a importância de se estudar para além dos efeitos negativos também os possíveis efeitos positivos, quer durante a hospitalização quer durante o período posterior. Com efeito, “a ideia introduzida nos anos 40 e 50, da doença infantil como uma experiência traumatizante, associada necessariamente a reacções depressivas, ansiedade, regressão e problemas de comportamento, tem vindo a ser abandonada” (Barros, 2003, p.40). Actualmente, vários estudos comprovam que a hospitalização é uma situação de crise na vida da criança e da família, mas esta experiência, na opinião de vários autores (e.g., Brazelton, 1995; Burstein & Meichenbaum, 1979 e Bandura, 1977, cit. por Barros, 2003), não tem que ser necessariamente desestruturante e causar uma regressão no desenvolvimento, mas pode, se devidamente acompanhada e compreendida, ser uma experiência positiva, fonte de crescimento, aprendizagem e maturação.

Também os trabalhos mais recentes nas áreas da Psicologia da Saúde e da Psicopatologia do Desenvolvimento têm vindo a ser mais complexos e abrangentes, preocupando-se em identificar consequências positivas e negativas derivadas da hospitalização, bem como o reconhecimento simultâneo de factores perturbadores, processos de protecção e competências de confronto eficazes. Por outro lado, segundo Barros (2003), actualmente assume-se que algumas situações envolvem uma combinação complexa de elementos perturbadores que não eram considerados nos estudos iniciais (e.g., nível sócio-económico, organização familiar).

Igualmente Rutter (Quinton & Rutter, 1976; Rutter & Rutter, 1993) deu um grande contributo para o estudo dos mecanismos de risco e de protecção ao longo do desenvolvimento infantil, nomeadamente no caso das experiências de hospitalização. Ao longo dos seus estudos este autor concluiu que as consequências negativas desta experiência estavam também ligadas a outros factores de risco (e.g., ausência de experiências de separação positivas anteriores, perturbação e carências familiares, ansiedade parental, separação do ambiente familiar e cuidados básicos descontinuados).

1.4.2. Impacto da Doença Infantil na Família

Quando se fala em crianças deve-se ter em conta que ela está inserida num contexto familiar e que a sua doença e hospitalização acarretam um grande número de preocupações para a família. O diagnóstico de uma doença, principalmente se grave, representa um dos acontecimentos mais dramáticos para a família, envolvendo-a numa crise emocional que afecta profundamente os seus elementos.

A reacção dos pais à doença dos filhos depende de uma variedade de factores. De acordo com Vara (1996), o sofrimento da família pode ser causado, não só pela gravidade da doença do seu filho, mas também pela ansiedade em relação ao envolvimento na prestação de cuidados e na capacidade de lidar com as emoções. A capacidade da família para lidar com esta situação depende dos sistemas de suporte de que dispõe (experiências anteriores com acontecimentos semelhantes, coesão entre os membros e a capacidade de utilização dos recursos exteriores ao núcleo familiar). O impacto da doença na família afecta qualquer uma das várias esferas: financeira, social, somática, comportamental e saúde mental.

Por outro lado, a maneira como a família responde à situação de doença de um filho, prende-se com a forma como surge. Na perspectiva de Jorge (2004), o modo de apresentação do quadro sintomático interfere na forma como a família vai respondendo e integrando a perspectiva de doença na criança. Segundo esta autora, o reajustamento de papéis e da estrutura familiar, o tipo de problemas a resolver e o *coping* , são os mesmos quer a doença seja súbita ou insidiosa, mas o stress vivido nas duas situações é diferente. Enquanto na doença súbita as mudanças comportamentais e afectivas são vividas num momento mais concentrado, o que exige da família uma rápida mobilização das suas competências para lidar com a situação, nas doenças com evolução progressiva existe um período de adaptação mais prolongado, exigindo uma necessidade de adaptação permanente às novas solicitações.

Ao levarem um filho doente para o hospital, os pais estão ansiosos, não entendem muitas das informações que lhes são dadas, sentem-se intimidados pelo tipo de discurso dos profissionais e muitas vezes impotentes perante acontecimentos que não conseguem prever. Esta situação torna-se mais dramática nas hospitalizações de urgência. A resposta dos pais à doença de um filho passa por várias fases, desde o diagnóstico ao tipo da terapêutica. A reacção inicial é geralmente de choque, negação, descrença, pânico, revolta e agressividade. Posteriormente, é uma situação vivida muito frequentemente com sentimentos de culpa, ambiguidade e divisão, que implicam uma série de necessidades, e que podem originar conflitos familiares, mudanças na dinâmica e no estilo de vida, isolamento familiar. Se nessa altura os pais não têm apoio suficiente podem cair numa situação de ansiedade, frustração, desorganização e depressão, com o abandono das responsabilidades pelos filhos (Jorge, 2004; Vara, 1996). Vara (1996) acrescenta que as famílias destas crianças estão em risco de desenvolver perturbações psicossociais. Nos pais as mais frequentes são: abuso do álcool e medicamentos, distúrbios psicossomáticos, sintomatologia ansiosa e depressiva, dificuldades sexuais, dificuldades conjugais e problemas no trabalho. Os irmãos podem manifestar: ansiedade, depressão, baixa auto-estima, enurese, queixas somáticas, alterações de comportamento, fobia à escola ou outras dificuldades escolares.

Apesar de parecer um contrasenso, existem autores que defendem que durante a hospitalização da criança os pais poderão experimentar sentimentos positivos. Bezerra e Fraga (cit. por Freitas & Freitas, 2005) defendem que os pais apresentam sentimentos de

competência e realização por sentirem que estão a ajudar de maneira construtiva na recuperação do filho. No mesmo sentido, Diogo (2000) acrescenta que a esperança é um sentimento vivido pelos pais na aceitação da nova realidade, e um sentido de continuidade da vida. Este sentimento para além de provocar consolo no meio das aflições, desempenha um papel importante na vida das pessoas.

Apesar disso, os estudos actuais (e.g., Eiser, 1990 e Lambert, 1984, cit. por Barros, 2003), embora apresentando um panorama menos dramático sobre as consequências da hospitalização, continuam a demonstrar sequelas negativas, principalmente nas situações pouco preparadas e mal acompanhadas. Um exemplo concreto destas situações trata-se, como foi referido anteriormente, da admissão da criança num SU.

Como foi já referido, vários factores podem influenciar o desenvolvimento da criança e conseqüentemente ter implicações na sua personalidade, estando a interacção de factores psicológicos ou psicossociais e funcionamento fisiológico já demonstrada. Na perspectiva de Braga e colaboradores (1995), os desvios no comportamento infantil obedecem, da mesma forma que as características do comportamento normal, a sequências de desenvolvimento, devendo ser sempre relacionados com a totalidade do complexo de crescimento. No caso da criança hospitalizada os desvios do comportamento têm igualmente que ser encarados de forma particular. A compreensão, a reacção e o mecanismo para enfrentar e superar a doença e a hospitalização são influenciados pela importância atribuída aos factores stressores que em cada fase de desenvolvimento, nomeadamente, a separação, a perda de controlo e a lesão corporal.

Como foi referido, actualmente são reconhecidos diversos contributos para a compreensão do desenvolvimento humano, admitindo-se que este sofre influência de diversos factores. A visão do desenvolvimento humano baseado numa inter-relação entre indivíduo e contexto leva à necessidade de enquadrar o estudo do desenvolvimento em cenários reais da existência humana. Por outro lado, hoje em dia são também admitidos os riscos que o contacto com contextos considerados adversos, como é o caso do ambiente hospitalar, traz para o desenvolvimento harmonioso da criança e sua família. Sendo assim, importa perceber o que motiva os pais ou pessoas de referência a recorrerem, muitas vezes indevidamente, aos serviços de saúde com os seus filhos. Para tal, torna-se imperativo contextualizar o estudo na realidade actual da procura incessante por cuidados de saúde, ponto abordado de seguida.

2. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os serviços de saúde das sociedades actuais, especialmente os das mais industrializadas, enfrentam problemas decorrentes da própria modernidade. O envelhecimento da população, a morbilidade e mortalidade por patologias sociais, as novas doenças infecto-contagiosas, o aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas, os acidentes, o agravamento da pobreza e a crescente exigência de um público descrente dos benefícios dos sistemas de saúde, são alguns dos problemas em que os avanços científicos e tecnológicos conseguidos nos últimos anos não parecem fazer frente às enfermidades do progresso.

No entender de Antunes (2001), a melhoria das condições de vida dos cidadãos, das condições sanitárias do país e o envelhecimento progressivo da população, têm contribuído para um aumento da procura dos serviços de saúde. Também a intensa remodelação do parque hospitalar português, conseguida na última década através da construção de novas unidades e recuperação de outras, cobrindo um maior número de especialidades, tem colaborado para criar as condições físicas suficientes para garantir à população cuidados de saúde personalizados e de maior qualidade.

Este factores, aliados à crescente sofisticação tecnológica e a uma crença quase ilimitada de que os avanços tecnológicos estão directamente ligados à qualidade, à segurança do diagnóstico e à eficácia da terapêutica, resultaram num aumento dramático do consumo dos cuidados de saúde, e em particular dos SUs gerais e pediátricos. É sobre este acréscimo de utentes verificados nos serviços de saúde urgentes que se debruça este ponto.

2.1. Saúde: Um Direito Humano

Numa perspectiva social, a saúde é considerada, em numerosas declarações e documentos nacionais e internacionais, como um direito humano. Com efeito, a Base I da

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde), determina, no n.º 1, que “a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados”. Ainda a mesma Base, no n.º 2 e no n.º 4, reconhece que compete ao Estado promover e garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, prestados por estabelecimentos e serviços Estatais ou por outras entidades públicas ou privadas.

Por conseguinte, nos dias que correm, o comum cidadão sabe que “tem direito a adquirir um bem que, na actual sociedade de consumo, se tornou passível de compra e venda” (Duarte, 2002, p.45). Na realidade, na opinião de Antunes (2001), os doentes são cada vez mais alimentados por uma panóplia de direitos, apelidando muitas vezes para os dispositivos legais que lhes conferem, mas muito poucos têm consciência dos seus deveres.

Contudo, a Lei de Bases da Saúde também é clara quando, na Base II determina, na alínea e) do n.º 1, que “a gestão dos recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços”. A mesma Lei reconhece, no n.º 5 da Base V, “a liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços”.

A Constituição da República Portuguesa consagrou desde 1976, no artigo 64º, a gratuidade de cuidados de saúde universais e gerais para todos os cidadãos. Contudo, tal como refere Antunes (2001), a evolução socioeconómica e o valioso custo dos cuidados de saúde tornaram insuportável e irrealizável este princípio legal. Com efeito, o reconhecimento deste facto levou a que, em 1989, na segunda revisão constitucional, se introduzisse no mesmo artigo 64º o conceito de cuidados de saúde *tendencialmente gratuitos* (Lei Constitucional nº 1/89, de 8 de Julho). Deste modo, actualmente, a Lei de Bases da Saúde, na Base XXXIV, prevê a cobrança de taxas moderadoras no SNS com o duplo objectivo de contribuir financeiramente no pagamento dos custos e de racionalizar a procura de cuidados.

Assim, na opinião de Antunes (2001, p.62), “ao participar directamente nos custos dos serviços que utiliza, o cidadão terá a consciência do seu custo real, (...) e aprenderá a valorizar o benefício. Consequentemente, estará interessado em evitar o abuso e contribuir para a diminuição do desperdício.” Neste sentido, a participação dos

cuidados de saúde pelos seus utilizadores, como acontece com a aquisição de qualquer outro bem ou serviço, constitui para além de uma alternativa de financiamento, um método de racionalização, na medida em que pode contribuir para o desencorajamento à utilização desnecessária ou abusiva dos serviços.

Ressalve-se contudo, que o Estado mantém a principal responsabilidade nos custos do SNS, salvaguardando a garantia da prestação do mesmo tipo de cuidados, com a mesma qualidade, aos cidadãos mais carenciados e sujeitos a maiores riscos, responsabilizando-se pelos custos que esses indivíduos não podem suportar.

2.2. Definição do Conceito de Urgência

O conceito de *urgência* não significa o mesmo para políticos, administradores, profissionais de saúde, ou para pais relativamente à situação de saúde dos seus filhos. A existência de níveis de cuidados de saúde, consoante o tipo e a gravidade das situações, conduz à organização de uma hierarquia nos serviços prestadores, bem como a uma complementaridade, interdependência e articulação entre si, formando deste modo uma rede com ligações verticais e horizontais que se constitui como um sistema. Este conceito engloba todos os cuidados de saúde e assume particular importância nos cuidados de carácter urgente e emergente (André & Neves, 2003).

Num SU prestam-se cuidados de urgência a todos os doentes em estado crítico ou grave. No entanto, também na área da urgência e emergência existem diferentes níveis de gravidade, a que deverão corresponder níveis adequados e apropriados de oferta de serviços. Uma situação é considerada urgente se se instala de forma súbita, com o risco de falência de funções vitais. Por seu lado, uma situação emergente pode ser definida como aquela em que subitamente existe o risco, estabelecido ou eminente, de perigo de vida, por compromisso de funções vitais, exigindo por isso tratamento imediato.

Para além disso, existem muitas outras situações agudas, isto é, com aparecimento recente, que não sendo urgências nem emergências carecem de resolução rápida, no mesmo dia ou em horas, em consulta aberta para situações não programadas e sem marcação prévia. Estas situações não correspondem a verdadeiras urgências, mas na realidade portuguesa têm sido incorrectamente encaminhadas e resolvidas nos SUs.

A OMS classifica as situações de urgência segundo o seu grau, dividindo-as em três tipos: uma situação do *primeiro grau de urgência* é aquela em que sem assistência a morte ocorrerá em poucos minutos, devendo a actuação ser feita nos primeiros minutos até à primeira hora; uma situação do *segundo grau de urgência* exige assistência qualificada nas primeiras três horas; uma situação do *terceiro grau de urgência* é considerada menos urgente, podendo os cuidados serem prestados nas primeiras vinte e quatro horas sem risco para a vida do indivíduo (Silva, 1990).

Também Barros (1992, cit. por Castilho, 1998), ao referir-se à procura dos SUs, organiza os diversos tipos de urgências em três categorias:

- *Urgências verdadeiras*, que são aquelas que exigem tratamento imediato e que devem ser resolvidas num SU;
- *Urgências do ponto de vista individual*, que dizem respeito aos casos em que, numa perspectiva médica não obrigam a uma consulta de urgência, mas o indivíduo, por desconhecimento do grau de gravidade da sua doença, em caso de dúvida opta por procurar o SU;
- *Falsas urgências*, que são as situações em que o indivíduo reconhece que sob o ponto de vista clínico não tem necessidade de recorrer ao SU, mas que o faz por questões de comodidade, facilidade de acesso ou outras.

Relativamente ao segundo tipo de urgência referido, Silva (1988) aponta também para a importância de se ter em consideração os critérios de urgência utilizados pelos próprios utentes. Assentes muitas vezes em estados emotivos e de ansiedade, em reacções afectivas, no alarme e no medo, ou em situações sociais, não coincidem com os critérios técnicos e científicos. Com efeito, o que pode não ser justificativo para os profissionais ou serviços de saúde pode constituir um grande motivo para o utente. Esta ideia é reforçada por Smeltzer e Bare (2000/2002) ao afirmarem que o conceito de urgência não abrange somente a situação clínica, mas deve abranger também aqueles casos em que o doente e a sua família consideram haver necessidade de observação e tratamento urgente. Também para Cowley (cit. por Maia, 1999, p.14), emergência é “tudo aquilo que o doente ou família considere como tal”.

Com efeito, o conceito de urgência para o comum utente é provido de construções e representações pessoais. Num estudo elaborado por Monclús, Moreno e Jiménez (1998),

realizado numa amostra de acompanhantes de utentes que recorreram a um SUH espanhol, verificou-se que as situações consideradas de urgência pelos acompanhantes eram, desde a dor aguda aos problemas cardíacos e respiratórios, aos acidentes e à febre alta, sendo em muitos casos a persistência dos sintomas que motivava o recurso ao SU. Os autores recolheram também na amostra múltiplas percepções de urgência (p.205): “una situación que espanta y no sabes hacia donde tirar”, “algo más grave de lo normal”, “aquello que sale de lo habitual, como enfermedad que se ha de solucionar rápidamente”, “aquella situación que no puedes hacer nada”, “pensamos que sólo se puede solucionar en el hospital, no se puede solucionar en otro sitio”.

Apesar de diversas, Monclús e colaboradores (1998, p.205) encontraram um ponto comum nestas definições: “la urgencia no és solo una situación fisiológica del propio paciente, sino que la urgencia, la vive intensamente, por no decir la genera en muchos casos, la persona que se responsabiliza del enfermo”. Os autores deduzem ainda destes depoimentos que o conceito de urgência pode ser vivido de formas muito diferentes e que “las formas culturales que intenta introducir el propio sistema acerca de los itinerarios de acceso a urgencias, es posible que deban ser modificados en función de la propia cultura sanitaria que imponga la población”.

Por conseguinte, qualquer tentativa de classificação de urgência deve contemplar tanto os aspectos objectivos como subjectivos, sendo precisamente os subjectivos que têm mais peso para o utente. Partindo desta premissa, Jiménez (2006, p.157) refere que resumiria a definição de urgência como “todo problema que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia (o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda)”, aproximando-se assim do conceito de urgência definido pela Associação Médica Americana.

Inerente ao conceito de problema urgente está a conotação de início súbito. Segundo Jiménez (2006), a OMS define urgência como o aparecimento accidental, imprevisto ou inesperado, em qualquer lugar ou actividade, de um problema de saúde de causa diversa e gravidade variável, que gera no paciente ou família a consciência da necessidade de cuidados. Esta definição tem implícita a heterogeneidade do conceito de urgência e engloba quer aspectos objectivos, como a gravidade e o carácter agudo do processo de doença, quer aspectos subjectivos (consciência de uma necessidade iminente de cuidados), que suscitam no sujeito a expectativa de uma rápida atenção e resolução. Isto

indica que, por um lado, as urgências não são todas iguais, e por outro lado, que urgência e gravidade não são sinónimos.

Para Grumbach, Keane e Bindman (1993) a percepção de gravidade pelo próprio paciente ou seus familiares também influencia a utilização dos SUs. Com efeito, na perspectiva de Jiménez (2006), no conceito de urgência estão inerentes as noções de perigo para a saúde ou a vida do doente, que estão claramente relacionadas com a gravidade (qualidade relacionada com o grau de descompensação fisiológica e/ou a perda de função de um ou mais sistemas orgânicos, com risco de morte). Já o conceito de complexidade, às vezes confundido com o de urgência e de gravidade, está relacionado com o grau de dificuldade de diagnóstico e tratamento, devido à presença de complicações ou comorbilidades, e conseqüentemente com o consumo de recursos (Jiménez, 2006).

Para uma mais completa compreensão do conceito de urgência, deve-se acrescentar aos conceitos mais ou menos objectivos de gravidade e necessidade de intervenção, dois conceitos mais subjectivos que modulam o grau de urgência dos pacientes: o grau de sofrimento (físico e psicológico) do paciente e as suas expectativas face à assistência a receber. Estas variáveis, apesar de poderem ser relativamente independentes da gravidade, influenciam significativamente a percepção do paciente e família sobre a sua situação clínica, razão pela qual deve ser sempre tida em conta na avaliação do grau de urgência, especialmente na população pediátrica, em geral muito mais vulnerável e subjectiva (Jiménez, 2006).

2.3. Utilização Inapropriada dos Serviços de Urgência Hospitalar

Os SUHs são unidades de saúde desenhadas para prestar assistência médica altamente diferenciada, com disponibilidade imediata de recursos especiais para doentes que necessitem de cuidados urgentes, a qualquer hora do dia ou da noite. Têm uma grande acessibilidade (económica, administrativa, física e temporal) e um elevado grau de eficiência e qualidade de cuidados, que progressivamente proporcionou um amplo nível de aceitação e prestígio entre a população em geral.

Actualmente, é absolutamente evidente a existência de um consumo excessivo ou não justificado dos cuidados de saúde e nomeadamente dos SUs. A maioria dos estudos é

coincidente em que a procura espontânea dos SUs por iniciativa do próprio doente ou família correspondem a uma maior percentagem de uso inadequado destes serviços, comparativamente aos indivíduos que são referenciados por outro médico ou serviço de saúde.

No estudo levado a cabo por Monclús e colaboradores (1998) pode-se verificar que muitos dos utentes se dirigiram ao SU por decisão própria, e mesmo os que consultaram previamente o seu médico de referência já o tinham decidido fazer. Também Fernández, Contero, Castellanos, Linares, Marín e López (2000) elaboraram um estudo com o propósito de quantificar o número de doentes que se dirigiram por iniciativa própria a um SUH. Os autores entenderam por paciente que recorreu por iniciativa própria aquele que, independentemente da causa, acorreu directamente ao SUH sem passar previamente por outro serviço de saúde. Este estudo revelou que 56.7% dos pacientes se dirigiram ao SUH por iniciativa própria, enquanto os restantes 43.3% foram referenciados, ou seja, receberam cuidados de saúde prévios tendo sido posteriormente referenciados para observação no hospital.

Fernández e colaboradores (2000) constataram também que a procura de cuidados por iniciativa própria no SU está relacionada com um maior número de assistências prévias neste serviço, e que são os adultos jovens que mais recorrem espontaneamente. Já os utentes referenciados por um médico para assistência no SU são maioritariamente mais velhos. Relativamente à idade dos utilizadores, também Bolívar e colaboradores (1996) verificaram uma diminuição na utilização dos SUHs com o aumento da idade do paciente. Com efeito, segundo os autores, a existência de patologia crónica em pessoas de idade mais avançada pode favorecer o recurso primário ao CS, dado que são patologias frequentemente seguidas neste nível de cuidados.

Diferentes métodos e critérios são empregues para definir e avaliar a *utilização inapropriada* dos SUs. Por exemplo, os critérios subjectivos e implícitos (e.g., Grumbach et al., 1993; Lowy, Kohler & Nicholl, 1994) baseiam-se no julgamento clínico dos especialistas e dependem do motivo da consulta e da interpretação da gravidade. Segundo estes critérios, geralmente são consideradas inadequadas as consultas que poderiam ter sido abordadas com os recursos disponíveis nos CSP. Mais objectivamente, a utilização de estudos de investigação (e.g., Sempere, Peiró, Sendra, Martínez & López, 2001) que propõem e validam protocolos com base em critérios de gravidade, diagnósticos e

terapêuticas, permitem a definição explícita de critérios e pressupostos que identificam a existência de potencial risco vital ou a necessidade de exames de diagnóstico ou intervenções terapêuticas complexas que não podem ser realizadas noutros tipos de cuidados de saúde.

Também os sistemas de triagem, muito utilizados actualmente nos SUHs, permitem filtrar, através do estabelecimento de prioridades, de entre os doentes que recorrem ao SU aqueles que são verdadeiramente urgentes (Derlet, Nishio, Cole, & Silva, 1992). Bracken (1998/2001) define *triagem* como o processo usado para determinar a gravidade de uma doença ou lesão em todos os doentes que dão entrada nos SUs. Na opinião de Cardoso (1993), a triagem traduz-se basicamente por uma observação e avaliação do utente com a finalidade de estabelecer prioridades de atendimento. Blythim (1989, p.3) defende mesmo que a triagem se trata de “um sistema eficaz para reduzir o tempo de espera e assegurar que os doentes dos serviços de urgência recebam o tratamento adequado pelo pessoal apropriado”.

O aumento da utilização dos SUHs verificado nos últimos anos, devido em grande parte ao seu uso inadequado, tem importantes repercussões na área da saúde. Na óptica de Antunes (2001, p.133) é “paradigmático o que se passa com a afluência às urgências hospitalares, embora esta seja, na maior parte dos casos, condicionada por outras insuficiências do Sistema Nacional de Saúde”. Porém, o mesmo acontece nos CSs, onde consultas são desperdiçadas, em detrimento dos que dela realmente necessitam, para outros fins que não os directamente relacionados com a doença (e.g., emissão de receitas, requisição de meios complementares de diagnóstico, avaliação da tensão arterial). Como tal, esgotadas as consultas disponíveis nos serviços de CSP, o doente que verdadeiramente necessita tem tendência a recorrer ao hospital, e nomeadamente ao SU, para tentar obter respostas ao seu problema. Consequentemente, “a sobrecarga dos SU, obriga à mobilização dos recursos humanos hospitalares, em detrimento da actividade normal, não urgente. Daí que as próprias consultas hospitalares e os serviços de internamento sejam prejudicados” (Antunes, 2001, pp.65-66).

Desta forma, os SUHs vêm-se a prestar cuidados próprios de outros níveis de cuidados, nomeadamente dos CSP, o que não facilita a continuidade assistencial para uma melhor abordagem dos problemas de saúde, nem a recepção de práticas preventivas, cujo lugar idóneo de realização é nos CSs. Para além disso, a prestação de cuidados aos doentes

realmente graves é dificultada, repercutindo-se a saturação dos SUHs na qualidade assistencial. Os maiores lesados são os doentes verdadeiramente urgentes que vêm o seu atendimento atrasado e complicado, pelo recurso indevido de situações não urgentes ao SU, com uma sobrecarga do funcionamento deste serviço para além de limites aceitáveis.

Também na perspectiva de Jiménez, Becerra, Boneu, Burguês e Pàmies (2006), a utilização dos SUHs para resolução de problemas pouco urgentes e de baixa complexidade gera uma série de disfunções que afectam a organização e a eficiência dos hospitais e do próprio sistema de saúde. Com efeito, a atenção dada a este tipo de doentes sobrecarrega os SUHs e pode influenciar negativamente a qualidade de atendimento aos doentes mais urgentes, para além de diminuir a eficiência global do serviço.

Os mesmos autores acrescentam ainda que, a inadequação estrutural e funcional, o aumento dos tempos de espera no atendimento e a desumanização dos SUHs são em grande parte consequência da sobreutilização destes serviços como substitutos dos CSP, o que tem importantes implicações na qualidade global dos cuidados de saúde prestados, bem como na promoção da saúde e prevenção da doença.

Recorrendo às palavras de Paúl (1999c, p. 90),

as falhas do actual sistema de saúde desaguam inevitavelmente na urgência. No vaivém entre serviços de cuidados primários e os cuidados diferenciados, situa-se a urgência como único recurso disponível para as pessoas que se sentem, de uma forma ou outra doentes, seja com uma dor aguda seja com a dor da solidão que lhes amplia os desconfortos das vidas difíceis que levam.

Por conseguinte, as lacunas do sistema despejam nos SUHs as ineficiências dos CSP e dos cuidados diferenciados, a carência de recursos e de respostas das consultas e a descoordenação entre serviços, estruturas e subsistemas, duplicando esforços e custos. Este estado actual do sistema de saúde faz dos SUHs os maiores capacitados para responder de forma mais completa às necessidades da comunidade, arriscando-se a “continuar a ser o melhor e o pior de todo o nosso sistema de saúde actual” (Paúl, 1999c, p. 90).

2.4. Factores Explicativos da Utilização dos Serviços de Urgência Hospitalar

O crescimento da procura dos SUHs tem incentivado a realização de diversos estudos sobre os motivos impulsionadores da procura (inapropriada), na tentativa de

projectar intervenções que façam frente a esta realidade. O esquema mais utilizado para analisar a utilização dos SUs foi inicialmente proposto por Andersen, que classificou os elementos determinantes da utilização dos serviços médicos em: *factores predisponentes* (características demográficas como idade, sexo, raça, estado civil, situação laboral, nível de escolaridade, tamanho familiar); *factores facilitadores* (possibilidade económica e acessibilidade aos recursos) e *factores de necessidade* (percepção do estado de saúde e grau de limitação na execução das actividades do indivíduo por problemas específicos) (Andersen & Newman, 1973). A análise dos factores explicativos da utilização dos SUHs será feita de seguida tendo em conta o esquema de Andersen.

2.4.1. Factores Predisponentes

O perfil dos utilizadores dos SUHs é traçado por vários autores, sendo na maioria dos estudos similares. À maior utilização inadequada dos SUHs estão associados o sexo feminino (e.g., Millán, 2008; Pereira et al., 2001), os indivíduos solteiros e divorciados (eg., Padgett & Brodsky, 1992; Sun, Burstin & Brennan, 2003), com actividade profissional activa (e.g., Boushy & Dubinsky, 1999; Pereira et al., 2001), maior grau académico (Millán, 2008; Pereira et al., 2001) e menor posses económicas (Millán, 2008). Também se tem verificado maior utilização inadequada por determinadas raças e minorias não éticas e por indivíduos marginalizados (e.g., Lang, Davido, Diakite, Agay, Viel & Flicoteaux, 1997; Marin et al., 1997).

Quase todos os estudos concordam com a existência de uma associação entre idade avançada e a utilização mais frequente e mais apropriada dos SUHs (e.g., Millán, 2008; Petersen, Burstin, O’Neil, Orav & Brennan, 1998). Já a maior frequência do uso inadequado encontra-se em idades pediátricas, verificando-se uma diminuição progressiva com a idade (Pereira et al., 2001). Pasarin e colaboradores (2006) acrescentam ainda que a idade inferior a 5 anos é também tida como um factor determinante, no caso particular dos utentes pediátricos.

2.4.2. Factores Facilitadores

Segundo Pasarin e colaboradores (2006), os maiores utilizadores dos SUHs são os indivíduos de baixo nível sócio-económico, com alta acessibilidade a estes serviços, mas baixa a serviços extra-hospitalares, sem um médico de família de referência. Como referem Shapiro e O'Brien (2000), os SUHs são considerados uma rede de segurança que amortece os perigos inerentes à falta de recursos para obter cuidados de saúde.

Vários são os defensores de que o nível social, o estado de saúde da população e a utilização dos recursos estão inter-relacionados. Um estudo efectuado por Arias, Rebagliato, Palumbo, Bellver, Ashton, e Colomer, em 1993, confirmou que as taxas de mortalidade se encontram relacionadas com o nível social. Desta forma, para estes autores, a maior utilização do SU por utentes de menor nível sócio-económico poderia ser justificado por um menor nível de saúde, mas também pela utilização inadequada dos serviços, recorrendo a população com menor frequência aos CSs ou a outros recursos de saúde. Arias e colaboradores (1993) acrescentam ainda que, uma das causas de maior utilização dos SUHs é o número de recorrências repetidas pelo mesmo paciente, que é claramente superior nos grupos de menor nível social, o que poderia apoiar a ideia de menor utilização de outros recursos de saúde primária por esta população. Também as investigações efectuadas por Waters e Cliff (cit. por Silva, 1988) demonstraram que a procura dos SUs está associada à classe social dos utentes, sendo os menos privilegiados socialmente (classes IV e V) os que mais procuram o SU como porta de entrada no sistema de saúde. Mais recentemente, Braun, Riesgo, Krafft e Vilches (2002), realizaram um estudo com o objectivo de analisar a existência de uma utilização diferencial dos serviços de saúde, e mais concretamente dos SUHs, pelos pacientes procedentes das várias áreas socioeconómicas da cidade de Santander. Os autores concluíram que a utilização dos SUHs é condicionada pelas características sócio-demográficas da área de residência, identificando-se uma maior utilização pelos grupos de nível sócio-económico mais baixos.

Grande parte do uso inadequado dos SUHs é igualmente atribuído à falta de acessibilidade a outros tipos de cuidados de saúde (Cunningham, Clancy, Cohen & Wilets, 1995; Padgett & Brodsky, 1992; Rosenblatt et al., 2000; Sun et al., 2003), mas também à falta de serviços alternativos (e.g., Oster & Bindman, 2003; Rosenblatt et al., 2000), contrariado pela facilidade de acesso aos SUHs por qualquer pessoa, sem necessidade de uma referenciação prévia. Com efeito, tal como foi referido anteriormente, a existência de

défices nos CSP é referida frequentemente na bibliografia como uma das principais causas de uso incorrecto dos SUHs. Alberola e Rivera (1994) encontraram uma associação significativa com o tipo de CSP em meio rural e a utilização inadequada dos SUHs. Estes autores constataram que o alargamento do horário de funcionamento dos CSs nos meios rurais diminui a utilização dos SUHs. Já nas áreas urbanas, apesar da igualdade de acessos, há uma atracção preferencial pelos cuidados hospitalares.

2.4.3. Factores de Necessidade

Diversos estudos demonstram que também a existência de antecedentes patológicos e de deficiência física, bem como a percepção subjectiva do estado de saúde se encontram com maior frequência associados à utilização dos SUHs, apesar da percentagem do uso inadequado nestas situações ser inferior (e.g., Cunningham et al., 1995; Young, Wagner, Kellermann, Ellis & Bouley, 1996). Com efeito, as doenças crónicas são responsáveis por uma parte considerável dos gastos em saúde, mostrando que a utilização de serviços pelos portadores deste tipo de problemas é consideravelmente maior do que a observada entre a população em geral. Segundo Rauber (1999), os portadores de doenças crónicas, embora correspondam a cerca de 20% dos clientes, consomem cerca de 80% dos recursos de saúde.

Almeida, Barata, Montero e Silva (2002) observaram que, dos 56.6% entrevistados que referiram pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses, 72.2% mencionaram problemas de saúde crónicos, enquanto 45.6% consideraram-se saudáveis. Portanto, a probabilidade de ter utilizado pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses foi 3.09 vezes maior entre os portadores de doenças crónicas. O estudo revelou ainda que, o número médio de consultas médicas para os portadores de problemas crónicos foi de 5.0 e para os demais, 3.1 consultas. Quanto ao tipo de serviço, o mais procurado pelos pacientes crónicos foi o serviço de ambulatório, sendo o SU o segundo serviço de eleição.

A percepção da necessidade de atenção imediata por parte dos utilizadores é um dos principais factores citados na bibliografia como explicativos da utilização indevida dos SUHs. A conceptualização subjectiva de uma situação como “urgente” é uma característica intrínseca ao indivíduo, assimilada ao longo do seu desenvolvimento psicoantropológico, económico e social (Millán, 2008). Para Padgett e Brodsky (1992), a decisão da procura de

cuidados num SUH faseia-se em três etapas: o reconhecimento do problema, a decisão de procurar cuidados médicos e a procura de assistência urgente ou imediata.

Também Pasarin e colaboradores (2006), ao procurarem explicar por que recorrem as pessoas aos SUHs por problemas de baixa complexidade, concluíram que, a partir da percepção dos sintomas valorizados como diminuição ou perda de saúde, e da consequente elaboração de um auto-diagnóstico, os indivíduos determinam a necessidade e o tipo de atenção que desejam. Na perspectiva destes autores, o auto-diagnóstico, entendido como uma ideia ou significado do que se passa com a pessoa, representa o fio condutor e determinante da necessidade de requerer cuidados urgentes, bem como do tipo de cuidados urgentes necessários. Do confronto entre a percepção do tipo de necessidade, dos conhecimentos da oferta dos serviços e da situação vital da pessoa, surge a decisão de recorrer a um serviço de saúde. Posteriormente, os utilizadores dos SUHs comparam a oferta de cuidados prestados nestes serviços com os ministrados nos Serviços de Atendimento Permanente (SAPs), destacando a oferta tecnológica e profissional, a exaustividade da história clínica, os meios complementares de diagnóstico e a resolução imediata dos problemas de saúde.

Na perspectiva de Monclús e colaboradores (1998), a decisão de procurar o SU surge da percepção pessoal de um problema urgente agravado pela continuidade no tempo, e da falta de informação sobre o funcionamento das urgências. No entanto, ao longo do estudo, os autores verificaram que os utentes tinham o perfeito conhecimento do que lhes pode oferecer o SUH, sendo o nível de utilidade e a tecnologia o que lhes dá confiança de um rápido e correcto diagnóstico.

A investigação de Pasarin e colaboradores (2006) mostrou que os indivíduos ajustam a oferta dos serviços ao seu contexto vital (familiar, laboral, etc.). Isto significa que a situação de vida das pessoas, as suas necessidades pessoais, familiares e sociais, influenciam também a escolha do tipo de serviço para resolução do problema de saúde. Por conseguinte, os autores verificaram que a falta de flexibilidade horária da vida quotidiana dos indivíduos e das entidades laborais fazem com que optem por serviços com cuidados urgentes. Pasarin e colaboradores (2006) concluem mesmo que, quanto mais importância tem o factor tempo maior é a probabilidade de o indivíduo se dirigir a um SUH.

Vários estudos mostram que a frequência, a percentagem da procura voluntária e inadequada dos SUHs são inversamente proporcionais à distância ao hospital. Para

Fernández e colaboradores (2000), a afluência de pacientes aos SUHs está relacionada com a distância ao hospital, diminuindo a taxa de frequência de forma proporcional à distância até 35%. Para distâncias maiores é mais cómodo para o doente recorrer ao seu Centro de Saúde (CS) do que deslocar-se até ao hospital. O dia da semana e a hora também exercem influência na procura de cuidados nos SUHs. O mesmo estudo revelou também que é às segundas-feiras e aos fins-de-semana que existe maior número de pacientes que recorrem ao SUH por iniciativa própria, sendo nas horas pré e pós-laborais e na hora correspondente à pausa para almoço onde a afluência é mais elevada. Relativamente à utilização inadequada, Pereira e colaboradores (2001) e Millán (2008) referem que esta diminui aos fins-de-semana e durante a noite e aumenta no período da manhã e da tarde dos dias de semana.

No trabalho de investigação levado a cabo por Lewis e Bradbury (cit. por Silva, 1990) nos EUA, concluiu-se que as razões que os enfermeiros consideram ser mais frequentemente a causa de os utentes recorrerem ao SU são: o atendimento disponível 24 horas por dia, as capacidades técnicas (raio x, laboratório, etc.), a crença de que são atendidos rapidamente, considerarem que o SU é o indicado para resolver o seu problema, a incapacidade de avaliação da gravidade do seu caso, o CS estar encerrado, não conseguirem consulta com o médico de família, a necessidade de receitas médicas, desconhecerem os serviços prestados nos CSs, preferirem o anonimato do SU e gostarem dos cuidados prestados neste serviço.

Silva (1988) refere que, actualmente, os SUs não são procurados somente por indivíduos com situações que justifiquem uma solução médica imediata, mas porque se criou o hábito de procurar serviços e cuidados fora das horas de funcionamento delineadas, por impossibilidades decorrentes do estilo e modos de vida quotidianos. Segundo o mesmo autor, diversos estudos mostram que, para a população em geral, a continuidade dos cuidados, apesar de desejável, não é essencial, assumindo maior importância as acessibilidades fáceis aos serviços do sistema de saúde, como é o caso dos SUs.

Contudo, a acessibilidade ao médico não pode, nem deve, ser equacionada como acessibilidade ao SU. Este não deve ser a porta de entrada no sistema de saúde para as situações não urgentes, já que a sua missão consiste na abordagem de situações urgentes e emergentes, competindo a outras estruturas promover a resposta às situações não urgentes. Desta forma, existe uma necessidade clara de reforçar a resposta ao nível da consulta no

CS (acessibilidade ao médico de família) e da consulta externa hospitalar (acessibilidade ao médico especializado em valência hospitalar), para que o utente não recorra indevidamente ao SU como forma de resolver os seus problemas não urgentes.

Monclús e colaboradores (1998) verificaram que os utentes recorreram ao SUH ao invés do CS pela confiança no hospital e nos seus profissionais, e pela rapidez com que solucionavam os problemas e por se sentirem tranquilos com o diagnóstico. Com efeito, o hospital tem uma consideração social como um todo, onde se junta a tecnologia, a ciência e os socialmente considerados máximos especialistas da fisiologia humana, os médicos. Já os CSs foram considerados inúteis pois não resolvem os seus problemas, não têm médicos especialistas e não têm meios tecnológicos.

Os vários estudos realizados nesta área revelam que o SUH está cada vez mais a conquistar um lugar distinto na consideração “popular” da rede do sistema de cuidados de saúde. O conceito de rapidez no diagnóstico e tratamento tranquiliza os utentes, familiares e amigos, mas também outros profissionais, que vêem neste serviço um trespasso de responsabilidades. Por outro lado, o hospital é visto como um “todo integrado” que engloba profissionais experientes e especializados, com melhor e mais completa tecnologia. Por outro lado, para Paúl (1999a, p.15) “a evolução tecnológica contribui para reforçar, por vezes de forma irreal, o poder da medicina junto da população, que à luz do modelo biomédico, encara o doente como um *corpo-máquina* que necessita de verificação e arranjo das peças componentes”.

2.5. Serviços de Saúde Estatais versus Privados

Segundo Paúl (1999a, p.24), “há uma parte não desprezável da atitude dos utentes na avaliação dos serviços de saúde, que corresponde a preconceitos e estereótipos que existem, independentemente da experiência concreta que cada um teve com a resposta ou resultado do serviço”.

Em 1995/1996 o Ministério da Saúde (cit. por Paúl, 1999a) realizou um estudo sobre a satisfação dos utentes relativamente à qualidade geral dos cuidados médicos prestados nos serviços de saúde do Estado e nos privados. Este revelou que, pelo menos metade dos utilizadores dos serviços de saúde públicos (hospitais e CSs) os considera

como bons e muito bons, e 30% classifica de razoáveis. A avaliação dos serviços privados (médicos e hospitais) é redondamente mais positiva (mais de 90% qualificou de bons e muito bons) não tendo sido registadas avaliações negativas. De referir que, apesar de semelhante, a avaliação dos CSs é inferior à dos hospitais públicos, revelando a maior satisfação por este último serviço.

Também o estudo realizado por Paúl (1999b) indica uma apreciação geral positiva dos serviços de saúde, que foram globalmente classificados como razoáveis, apesar de se ter detectado a existência de aspectos considerados negativos. Os CSs foram considerados como um serviço genericamente mau por 37% das pessoas. No que respeita aos serviços hospitalares, o SU foi avaliado como o pior, obtendo a maior percentagem de respostas negativas.

Ainda assim, quando inquiridos sobre o que consideraram melhor no SU onde Paúl (1999c) desenvolveu o estudo, 59% dos indivíduos salientou o atendimento médico, 9% o atendimento geral, 8% referiu a rapidez no atendimento, e 3% considerou não haver nada de positivo. Comparativamente, o tempo de espera foi incontestavelmente o aspecto considerado mais negativo (47%), seguido do espaço e das condições físicas (6.4%), do atendimento (4.7%) e da informação (2%). Apesar do número elevado de problemas levantados, 19.9% das pessoas não referiu qualquer aspecto negativo e constata-se que o SU continua a ser a primeira escolha de muitos milhares de pessoas que o procuram.

O factor tempo é, segundo Paúl (1999c), o que mais perturba o indivíduo doente ou o ente próximo. Com efeito, a concepção de espera ou demora é mais complexa do que a simples contabilização cronológica. Trata-se de um sentimento subjectivo que se prende não só com as expectativas e os resultados, mas pode arrastar também o prolongamento da dor e desconforto ou da resignação e revolta. Este factor é francamente exacerbado pela imprevisibilidade inerente ao decurso das consultas e pela falta de informação, que numa circunstância de crise origina um grande nível de ansiedade por parte dos utentes e acompanhantes. Neste sentido, não é de estranhar que Paúl (1999b) constatasse que a resposta para os problemas em tempo útil era uma prioridade para os utentes do serviço de saúde.

Na opinião de Paúl (1999c) actualmente sentem-se dificuldades no acesso ao sistema de saúde. Os serviços públicos não oferecem respostas atempadas para os problemas de saúde gerais, nem para aqueles que necessitam de resoluções por parte das

especialidades médicas. Na mesma linha de pensamento, para Antunes (2001, pp.54-55), “na situação actual, a medicina privada nem precisa de ser eficiente para ter sucesso. Basta-lhe ser menos ineficiente que a produzida no sector público”.

Quanto ao sistema privado de saúde, e ainda segundo o estudo de Paúl (1999b), 82% dos inquiridos afirmou recorrer a estes serviços principalmente para consultas de especialidade, exames complementares e consultas urgentes. A avaliação dos serviços de saúde privados é praticamente inversa quando comparada com a opinião relativa ao sistema público, sendo que as consultas são classificadas como boas em 49% dos casos e os internamentos em 29%. No entanto, o mesmo estudo revela que, apesar de a maioria dos inquiridos utilizar a medicina privada, 56% preferiria optar pelos serviços de saúde estatais. Com efeito, a maioria das pessoas afirma recorrer à medicina privada por a considerar de maior qualidade, essencialmente no atendimento e disponibilidade para responder às necessidades dos utentes e por a perceberem mais eficiente e, sobretudo, mais cómoda. No entanto, apesar das críticas, é mantida uma clara confiança nos serviços de saúde públicos.

O sector privado é preferido pelo doente por este lhe reconhecer melhores condições de acesso e de atendimento personalizado. No entanto, Antunes (2001) lembra que, uma vez criadas as condições para a livre escolha, a aquisição de cuidados de saúde no sector privado em alternativa ao sector público deverá, portanto, ser essencialmente da responsabilidade do cidadão, que assume os respectivos custos. Na opinião deste autor (p.53),

a falência do Estado Previdência como único financiador, gestor e prestador dos cuidados de saúde levou à progressiva aceitação dos Sectores Privado e Social como elementos essenciais na prestação de cuidados de saúde ao cidadão. Estes devem actuar em complementaridade do Sector Público, mas ao cidadão deverá, eventualmente, ser reconhecida a liberdade de escolha entre os sectores público e privado, independentemente das regras que vierem a ser adoptadas para respectivo financiamento.

2.5.1. Sistema de Saúde Norte-Americano

O Sistema de Saúde Norte-Americano é sem dúvida o caso paradigmático do modelo de sistema de saúde baseado no seguro de saúde privado. Sendo assim, por se tratar da experiência mais consolidada relativamente aos seguros de saúde privados, e por constituir uma referência nas relações contratuais estabelecidas entre os agentes no mercado da saúde, importa aqui ser referenciado. Os EUA caracterizam-se como a única

economia desenvolvida com reduzida participação do Estado no que respeita ao financiamento e gestão do sector da saúde. Os gastos públicos destinam-se apenas para garantir o acesso dos grupos sociais mais vulneráveis (e.g., idosos, crianças, indivíduos economicamente carenciados) aos serviços de saúde, sendo o provimento destes serviços realizado pelo sector privado com o financiamento do Estado.

Já a população economicamente activa, com condições de auto-financiamento, adquire os serviços de saúde junto do sector privado, limitando-se o Estado a garantir aos consumidores a sustentabilidade financeira dos planos de seguro. Deste modo, a participação do Estado Norte-Americano no provimento ou financiamento dos serviços de saúde à população economicamente activa é significativamente menor à observada na grande maioria dos países desenvolvidos. Dados relativos ao Censo de Cobertura de Seguro de Saúde para o ano de 1995 evidenciaram que mais de 75% da população possuía cobertura de saúde privada (Andrade & Lisboa, 2000).

O sistema tradicional de seguro de saúde, também denominado de *fee-for-service* foi preponderante na economia americana até à década de 80. Fundamentalmente, caracteriza-se como um sistema de reembolso, em que a seguradora oferece um plano de seguro pleno, garantindo a restituição quase total dos gastos efectuados pelos indivíduos, que escolhem livremente os prestadores de cuidados (Andrade & Lisboa, 2000).

O provimento destes serviços através do seguro pleno cria incentivos à sobreutilização dos serviços médicos pelos pacientes, pois o custo marginal do serviço procurado é zero. Os indivíduos não são incentivados a racionalizar a escolha e o uso de provedores, o que causa excesso de utilização dos serviços médicos. Também a relação contratual entre as seguradoras e os prestadores motiva a sobreutilização de serviços de saúde, uma vez que no sistema tradicional o provedor é reembolsado segundo o volume de serviços prestados. Assim, são incentivados a estimular a procura pelos serviços de saúde, acabando por encaminhar o paciente para médicos especialistas, realização de exames, internamento em hospitais, entre outros. Por outro lado, a prática da medicina defensiva nos EUA, constatada por Kessler e McClellan (1996), constitui outro factor explicativo da sobreutilização de serviços pelos próprios prestadores de cuidados, na tentativa de minimizar a incerteza dos diagnósticos.

Este excesso de utilização de serviços é, logo à partida, incorporado pelas seguradoras aquando do cálculo dos gastos esperados, determinando elevação do valor do

prémio de risco e consequentemente dos gastos totais com saúde. Contudo, paralelamente são incorporados mecanismos para minorar a utilização exagerada de serviços, através da aplicação de franquias, taxas de co-participação e co-seguros (Andrade & Lisboa, 2000).

Por conseguinte, o sistema tradicional de seguro de saúde apresenta como deficiência principal a ausência de incentivos ao controle das despesas médicas e hospitalares. Por este motivo, na década de 90 foram estabelecidas novas relações de contrato celebradas entre as seguradoras e os provedores. A introdução do *Managed Care* foi motivada pelos elevados gastos na área da saúde verificada na economia americana, tendo como objectivo principal a racionalização da utilização dos serviços médicos e hospitalares através da implementação da concorrência entre os tipos de plano de seguro. O médico generalista passou a ser o elemento fundamental na gestão e racionalização da utilização dos serviços, na medida em que efectua o atendimento básico e controla a utilização de serviços médicos, avaliando o estado de saúde e encaminhando o paciente para médicos especialistas e exames necessários. Deste modo, é o médico generalista que passa a determinar todos os encaminhamentos necessários, não podendo os pacientes dirigir-se directamente aos médicos especialistas, sem prévio encaminhamento do médico generalista (Andrade & Lisboa, 2000).

Como afirmam os mesmos autores, a comparação entre os dois sistemas permite inferir que o sistema *Managed Care* contribuiu para uma redução significativa dos custos, sem que se tivesse verificado declínio na saúde geral da população, evidenciando até algumas melhorias, nomeadamente ao nível dos cuidados preventivos.

Apesar da redução da taxa de crescimento dos gastos privados, os custos administrativos observados na economia americana ainda se encontram bem elevados quando comparados com economias de outros países onde o provimento dos serviços é realizado totalmente pelo sector público. Anderson e Poullier (1999), ao compararem os níveis de gastos em saúde, de acesso a serviços e as condições de saúde dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), constataram que, em 1997, os EUA eram os líderes de gastos *per capita* em saúde (13.5% do Produto Interno Bruto, contra os 7.5% dos países da OCDE). De 1990 a 1997, o gasto *per capita* em saúde norte-americano cresceu a uma taxa de mais de 4% ao ano, superior à dos países da OCDE (3.8% anual).

Por outro lado, apesar do nível de gasto exibido pelos EUA, os seus indicadores de saúde encontram-se abaixo da média dos países da OCDE. Nos EUA a mortalidade infantil é de 7.8 por mil (contra 5.8 por mil na média desses países), e a expectativa de vida ao nascer de homens norte-americanos é de 72.7 anos e a das mulheres é de 79.4 (enquanto na OCDE estas se situam, respectivamente, em 74.0 e 80.3 anos de vida). Acrescente-se ainda, que é nos EUA que se encontra a menor percentagem de população coberta por algum esquema público de protecção à saúde. Com efeito, a liberdade de escolha é regida, fundamentalmente, pela posse económica do consumidor, o que determina profundas diferenças no acesso aos cuidados de saúde. Uma vez que o Estado Americano só providencia cuidados de saúde aos mais desfavorecidos, estão fora do sistema de saúde as pessoas não suficientemente pobres para beneficiarem do programa do Estado mas não suficientemente ricas para poderem adquirir individualmente um seguro privado de saúde (Ugá, 2001).

2.6. Utilizadores Frequentes dos Serviços de Urgência

Para além da utilização inadequada, os SUs vêm-se a braços com outro problema, o dos utentes que recorrem frequentemente a estes serviços. Por este motivo, tem havido também um interesse crescente por esta questão, já investigada desde há alguns anos. Os utilizadores frequentes (UF) constituem uma categoria de utentes que recorre habitualmente aos serviços de saúde à procura de consultas médicas, pedido de exames, entre outros. Segundo alguns estudos que analisaram a percepção que os médicos têm destes doentes (e.g., O` Dowd, 1988), estes são vistos como muito exigentes, difíceis e frustrantes, constituindo para os serviços um desafio quer pela excessiva utilização quer pelas dificuldades que surgem na relação entre os utentes e o seu médico de clínica geral.

No seu estudo, Paúl (1999b) constatou que a maioria das pessoas entrevistadas (72%) já tinha utilizado anteriormente o SU, seja no mês anterior (9%), seja durante o ano em curso (32%), frequentemente pelo mesmo motivo. Estes dados, segundo a autora, apontam para uma utilização repetida do SU, podendo ser um indicador de que este serviço é utilizado para situações que provavelmente saem fora do conceito de uma urgência hospitalar. Já Fernández e colaboradores (2000) constataram que a grande maioria (92.1%)

tinha previamente recorrido ao SUH no máximo 2 vezes, sendo a primeira vez que vinham 60.2%. Só 3.7% dos doentes tinham recorrido antes mais de 4 vezes.

García-Perla (2000) define *retorno* como o regresso inesperado de um doente ao SU nos 15 dias após a primeira observação clínica neste serviço. Como motivos de retorno o mesmo autor enumera: reavaliações programadas; complicações menores ou persistência de sintomas; patologia de base, propensão a traumatismos, doenças crónicas ou terminais; nova patologia, hiperfrequentadores; assistência inicial incompleta por responsabilidade do utente (altas voluntárias, desistências antes de serem chamados) e erros ou omissões diagnósticas.

Fansworth (1995, cit. por García-Perla, 2000) constatou que os retornos representam 5.6% do total de episódios de urgência, para um período de 14 dias. Para Armstrong (1991, cit. por García-Perla, 2000) num intervalo de 35 dias, o regresso ao SU constitui 2.5% dos casos, e para Wilkins e Beckett (1992, cit. por García-Perla, 2000) 1.9% no espaço de 50 dias.

Têm sido desenvolvidos alguns estudos para identificar este grupo de utentes. Para tal, alguns recorrem à operacionalização do conceito de UF através da quantificação do número de consultas que os utentes fazem por ano. Karlsson, Joukamaa, Lathi, Lehtinen, e Kokki-Saarinen (1997), por exemplo, definiram os UF como todos os utentes que realizaram onze ou mais consultas com o seu médico de família. Por seu lado, Jyväsjarvi (2001), apresentou como critério de definição dos UF, os utentes que tiveram oito ou mais consultas com o médico de família no último ano. Este autor, após uma série de estudos em que foram analisadas as várias definições de UF concluiu que a média de consultas por ano destes utentes varia de seis a dezasseis. Jyväsjarvi (2001) procurou descrever a proporção dos UF entre os utentes dos cuidados de saúde primários na Finlândia, concluindo que a prevalência deste grupo de utentes varia entre 4 a 18% dependendo dos critérios usados.

Jyväsjarvi (2001) ao investigar os factores psicossociais, familiares e a morbilidade crónica associada aos UF, constatou que, comparativamente com os utentes não habituais, os UF: (a) consultaram mais vezes o médico de família (23.5% contra 4.2%); (b) fizeram mais visitas sem marcação; (c) eram mais pacientes solteiros e divorciados; (d) tinham um nível educacional mais baixo e menos formação profissional (especialmente as mulheres); (e) havia mais pessoas com reformas de invalidez e desempregadas; (f) tinham um nível sócio-económico mais baixo; (g) tinham principalmente doenças do aparelho circulatório,

do sistema musculoesquelético e perturbações psiquiátricas; (h) tinham mais doenças do aparelho respiratório, circulatório, endócrino e nervoso.

Um outro estudo realizado por Karlsson e colaboradores (1997), na Finlândia, confirma a existência de uma elevada morbilidade não só física mas também psiquiátrica entre os UF dos CSP. Estes autores classificaram este tipo de utentes em cinco grupos clínicos distintos: os pacientes com doença física pura, os pacientes com doença psiquiátrica; os pacientes em crise (i.é., com um agente stressor identificado); os pacientes somatizadores crónicos (i.é., o pensamento pelo utente da existência de, pelo menos 3, sintomas físicos de longa duração, mas que não podem ser justificados pela doença física); e os pacientes com múltiplos problemas (i.é., com pelo menos 3 problemas das seguintes áreas: doença psiquiátrica, doença física crónica, problemas interpessoais, abuso de substâncias, dificuldades sociais). Esta classificação multidimensional proposta pelos autores vai mais longe que a classificação tradicional que categoriza os pacientes em apenas dois grupos: os doentes físicos e os doentes psiquiátricos.

Além do critério número de consultas durante um determinado período de tempo, para identificação dos UF, há também outros métodos utilizados. Um deles consiste em analisar os 10% dos utentes que fizeram mais consultas, durante um determinado período de tempo, por idade e por sexo. Uma outra forma de detectar UF consiste em calcular a média das consultas por idade e por sexo, num determinado período de tempo e os UF são aqueles que ultrapassam esse valor médio.

2.7. Realidade dos Serviços de Urgência Pediátrica

Segundo Antunes (2001, p.14), “o sucesso das campanhas de vacinação e a melhoria dos cuidados materno-infantis resultaram numa descida marcada das taxas de mortalidade infantil, que é agora compatível à dos países mais desenvolvidos da União Europeia”. Contudo, paralelamente à afluência massiva verificada actualmente nos SUHs, assiste-se também nos dias de hoje a uma intensificação da procura dos SUPs, em grande parte devida a uma inadequada utilização por parte de um grande número de utilizadores. Com efeito, a maior parte da procura de assistência urgente em idade pediátrica é causada por patologia banal que na maior parte das vezes é passível de ser resolvida nos serviços de saúde prestadores de cuidados primários.

Vários têm sido os estudos realizados que procuram analisar os motivos e os factores sócio-demográficos e culturais relacionados com a procura inadequada dos SUPs, sendo a maior parte dos resultados concordantes. Relativamente à idade e ao sexo, verifica-se maior incidência de crianças abaixo dos 6 anos de idade e de rapazes sobre raparigas (embora esta última não seja significativa). Por exemplo, Dieguez, Candela, Velázquez, Prieto, Fernández e de Llano (2004) concluíram que a média de idades das crianças observadas no SU do Hospital Ríon Carríon (Palencia) em 1999 foi 5.63 anos, sendo 55.7% do sexo masculino e 44.3% feminino. Também Román, Abellán, Molina e Gallego (2005) num estudo retrospectivo efectuado entre 2000 e 2004 num SUP de um Hospital Universitário de Murcia constataram que a faixa etária de crianças que mais frequentou o serviço se situava entre 1 e 5 anos de idade, seguida da faixa entre os 6 e 10 anos e dos lactentes até ao 1 ano de idade, e que 55% do total de crianças eram do sexo masculino. Mais recentemente, Martínez e Moreno (2008) encontraram resultados semelhantes constatando que 24.86% das crianças que frequentaram o SUP de um Hospital de Zaragoza no primeiro semestre de 2006 tinham entre 3 a 6 anos, 23.76% entre 6 a 12 anos, 21.05% entre 1 mês e 12 meses, 19.21% entre 1 e 3 anos, 9.26% maiores de 12 anos e 1.44% recém-nascidos até 28 dias.

Quanto à distribuição horária da frequência aos SUPs a maior parte dos estudos é igualmente compatível. O horário de maior procura destes serviços verifica-se entre as 15 e as 24 horas (Antón, Peña, Santos, Sempere, Martínez & Pérula, 1992; Cabeza et al., 2007; Dieguez et al., 2004; Martínez & Moreno, 2008; Román et al., 2005), seguido das 8 às 15 horas (Antón et al., 1992; Cabeza et al., 2007; Dieguez et al., 2004; Román et al., 2005), sendo o período nocturno entre as 23 e as 7 horas onde se verifica menor afluência (Cabeza et al., 2007; Román et al., 2005). Os sábados, domingos, dias festivos e segundas-feiras são os dias da semana em que a procura pelos SUPs é maior (Antón et al., 1992; Dieguez et al., 2004; Román et al., 2005). Quanto aos meses de maior afluência, o estudo de Román e colaboradores (2005) realizado ao longo de 4 anos, revelou que foram de Outubro a Março, coincidentes com os meses com temperaturas ambientais mais baixas.

Relativamente ao nível sócio-económico, tanto na investigação de Antón e colaboradores (1992) como na de Dieguez e colaboradores (2004) verificou-se um predomínio de crianças provenientes do meio urbano. Antón e colaboradores (1992) verificaram que a maioria (56%) dos frequentadores dos SUPs possuía o ensino primário,

18% sabia ler e escrever, 16% eram bacharéis e 9% tinha frequentado um curso superior. Quanto à profissão, os mesmos autores aferiram um predomínio relevante das classes baixas.

Dieguez e colaboradores (2004) apuraram que 57.6% das assistências no hospital não foram precedidas de uma procura de serviços de CSP. Os autores verificaram que 57.7% dos pacientes do meio rural foram referenciados pelo médico dos CSP, frente a 37.7% dos urbanos. Segundo o estudo de Antón e colaboradores (1992) 52% da amostra não procurou previamente ajuda nos serviços de saúde prestadores de cuidados primários ou médicos assistentes, e 79% recorreu ao SUP por iniciativa própria. Cerca de 65% das consultas foram classificadas como inadequadas tendo-se verificado relação estatística entre a idade da criança (menos de um ano) e a área de residência (urbana).

Cabeza e colaboradores (2007) levaram a cabo um estudo com o objectivo de analisar diferenças entre crianças dos 0 aos 12 anos de idade que foram referenciadas por um médico ou serviço extra-hospitalar e crianças cujos pais se dirigiram ao SU por iniciativa própria. Nesta investigação os autores constataram que 16.8 % relataram visitas anteriores ao hospital e 5.6% estavam sob acompanhamento num serviço de ambulatório pediátrico. A maior parte (54.2%) estava inscrita num CS urbano, 26.8% num CS rural perto do hospital e os restantes num CS a longa distância da unidade hospitalar. Os autores constataram que 75.4% acudiram ao SU por iniciativa própria e 24.6% foram referenciados por um serviço extra-hospitalar (9.8% por um médico generalista, 8.6% pelo pediatra, 6.9 % por um médico de família, os restantes por médicos não identificados). Cerca de 37.5 % dos pais tinha recorrido a outro médico extra-hospitalar no mesmo dia, e 13.6 % dos pacientes tinha sido previamente examinado no SUP durante as 72 horas anteriores. A percentagem de crianças não referenciadas entre as 8 e 15 horas foi 68.2 % (vs. 31.8 % de referências), entre as 16 e as 22 horas foi 76.3% (vs. 23.7 % de referências) e entre 23 e 7 horas foi de 73.2 % (vs. 26.8 % de referências). Os autores verificaram que 61.1% dos pais não sabia que a primeira avaliação médica no SU onde se realizou a investigação era feita por um médico especialista em urgência, acreditando que as suas crianças iriam ser observadas por um pediatra. Contudo, 94.9 % teria ido mesmo se previamente soubessem disso.

Segundo Cabeza e colaboradores (2007), os motivos mais frequentes para a procura do SU pelos pais que recorreram por iniciativa própria foram: por não terem acesso a um

pediatra (31.3%), por considerarem que necessitavam de cuidados imediatos (23.8%), porque procuravam uma segunda opinião (14%), o exercício do direito de procurar cuidados médicos considerados adequados (11.7%), a referência pelo seu médico apesar de não terem um documento comprovativo (11.4%), a recomendação do próprio SU para regressar em caso de agravamento ou de nenhuma melhoria (3.9%), a maior confiança no hospital (2.6%), e a procura por exames complementares urgentes que não estavam disponíveis nos seus CSs (1%).

O mesmo estudo revelou que, dos pacientes referenciados, 45.5% realizaram exames complementares de diagnóstico, 22.8% foram internados num serviço hospitalar e 31.7% tiveram alta para o domicílio. Das crianças cujos pais recorreram por iniciativa própria, 29.2% necessitaram de exames complementares, 3.9% foram internadas e 66,9% tiveram alta clínica.

Pérez, Escolá, Font, Hernández e Casanova (1996) verificaram que as principais razões para acudir ao SUP foram a facilidade horária (55.5%), a probabilidade de realizar exames complementares (42.3%), e o facto de considerarem grave a situação da criança (28.3%). Pérez e colaboradores (1996) verificaram que 33% da amostra realizou exames complementares, e que quanto maior é a frequência ao SUP menos exames complementares são realizados. Tendo em conta a avaliação médica, apenas 28.1% das urgências foram justificadas, percentagem elevada para 44.4% se se considerasse argumentos sociais. Os autores consideram que os factores sociais e psicológicos da família das crianças, e a necessidade de resolver o problema de saúde o mais rapidamente possível, são os factores mais relevantes na sobreutilização do SUP. Pérez e colaboradores (1996) verificaram ainda que, quanto menor é a média do número de filhos maior é a frequência de ida ao SUP. Já um estudo americano efectuado por Smith e McNamara (1988) constatou-se que os principais motivos para a utilização do SU incluíam os factores económicos, o conhecimento dos pais, a conveniência e a posse de seguro de saúde.

Antón e colaboradores (1992) analisaram também a satisfação dos pais relativamente ao SUP, tendo verificado que 60% esperou cerca de 20 minutos para serem atendidos, tempo considerado normal para 40% dos entrevistados e reduzido para 34%. A maioria (84%) considerou que o problema pelo qual recorreu ao serviço foi solucionado. Este estudo revelou ainda que, os motivos pelo qual os pais não recorreram a outro serviço

de saúde extra-hospitalar foram: hora em que surgiu o problema (59%), maior confiança no hospital (14%), alarmismo pelos sintomas (11%) e maior rapidez de atendimento (11%).

No estudo de Martínez e Moreno (2008) os motivos da procura mais frequentes foram, em primeiro lugar, as infecções respiratórias superiores e, posteriormente, as gastroenterites, os traumatismos e as crises asmáticas. Já a investigação de Dieguez e colaboradores (2004) mostrou que foram os traumatismos (32%) e a febre (17.7%). Cabeza e colaboradores (2007) constataram que os motivos de procura mais frequentes foram: dificuldade respiratória (30.7%), febre (25.3%) e patologia gastrointestinal (22.6%). Antón e colaboradores (1992) averiguaram que os sinais e sintomas mal definidos constituíram o principal motivo de consulta. O estudo de Román e colaboradores (2005) mostrou que 75% das crianças apresentavam doenças comuns e 8% sofreram acidentes domésticos, sendo a alta para ao domicílio a mais frequente e só 7% das crianças foram hospitalizadas.

Martínez e Moreno (2008) constaram que 77.4% das urgências eram sentidas e apenas 22.6% foram urgências reais. Para Cheung (2000, cit. por Martínez & Moreno, 2008) urgências reais são aquelas doenças ou acidentes que devem ter atenção imediata uma vez que o doente pode correr perigo de vida, enquanto as urgências sentidas são aquelas em que o utente se encontra estável. Segundo Martínez e Moreno (2008), o conceito de urgência dos pais é influenciado pelo grau de educação, sendo os que têm escolaridade mais elevada os que identificam de modo mais apropriado os problemas de saúde urgentes.

Sanchez, Fuente, Fuster e Gonzalez (1996) realizaram um estudo com 130 crianças com idades de 2 meses e 10 anos e que tinham 10 ou mais visitas para a sala de emergência ou tinham mais de 4 visitas durante o mesmo ano. Comparando estas crianças com um grupo de controle, concluíram que o número de consultas foi maior em crianças com nível sociocultural mais reduzido, graves carências sociais, patologia crónica, várias hospitalizações e cuja casa era perto do hospital. A maioria destas consultas é causada por problemas banais e as crianças são sujeitas a um número excessivo de testes analíticos e radiológicos.

Camí, Orvay, Oliveras, García, Fernández e Cubells (2003) realizaram um estudo com o intuito de analisar os motivos de retorno das crianças observadas num SUP espanhol, num período de 72h anteriores. Os autores verificaram que das 48 288 crianças observadas no SUP durante o período que decorreu o estudo, 15.3% regressaram ao SUP

nas 72 horas seguintes. O motivo de retorno mais frequente (59.3%) foi a evolução da doença, sendo os diagnósticos da primeira consulta mais frequentes: síndrome febril sem foco, dificuldade respiratória, gastroenterite aguda e dor abdominal inespecífica. Em 17.8% dos casos existiu um motivo familiar, destacando-se em maior percentagem a ansiedade familiar. Em menor frequência o estudo revelou que, 1.2% dos casos de retorno se deveram a uma orientação terapêutica ou diagnóstica inadequada, 4.9% a uma avaliação inicial incompleta, e 9.2% dos pacientes foram referenciados pelos próprios médicos que os atenderam na primeira consulta. Em estudos realizados na América do Norte encontram-se taxas de retorno inferiores. Em estudos americanos, (e.g., Zimmerman et al., 1996) constata-se que a percentagem de retorno das crianças aos SUPs é mais baixa (3%), tendo sido encontradas relações entre o retorno e o tipo de seguro de saúde.

A idade dos pacientes mais frequentemente readmitidos (inferior a 3 anos), coincidente tanto no estudo espanhol de Camí e colaboradores (2003) como no norte-americano de Zimmerman e colaboradores (1996), é explicada pelos primeiros por se tratar de uma faixa etária que gera maior angústia paternal e onde o diagnóstico médico tende a ser menos claro. Igualmente sobre este assunto, Dieguez e colaboradores (2004) verificaram que a percentagem de retorno foi de 26.5%, sendo maior nos pacientes rurais e sendo mais significativa quanto menor a idade da criança.

Também em Portugal se tem notado a utilização indiscriminada dos SUPs pelos pais, por acreditarem que é a forma mais rápida, mais acessível ou mais eficaz de resolverem os problemas de saúde dos seus filhos. Segundo Granja e colaboradores (1999), o expoente máximo do uso indiscriminado destes serviços são as crianças frequentadoras habituais. Em 1996, 139 crianças com idade igual ou inferior a 10 anos recorreram pelo menos 12 vezes ao SUP do HGSA. Estas crianças originaram só nesse ano um total de 2137 admissões no SUP, numa média de 15.4 admissões anuais por criança e de 5.8 admissões diárias. Tendo em conta estes números, os autores realizaram um estudo com o objectivo de alertar para a existência do fenómeno das crianças frequentadoras habituais do SU num hospital central como o HGSA, determinando a sua dimensão e caracterizando demográfica e clinicamente as crianças envolvidas. Com a realização desse estudo, os autores concluíram que as crianças frequentadoras habituais do SUP não diferem muito das outras crianças utentes deste serviço. Contudo, parecem pertencer em maior número ao grupo etário do 1 aos 4 anos, recorrem mais ao hospital sem consultar previamente o seu

médico assistente, apresentam mais frequentemente problemas de otorrinolaringologia, respiratórios e viroses, e necessitam de menos internamentos na sequência da sua admissão no SUP. Os autores alertaram igualmente para o facto de serem necessários estudos posteriores para caracterizar social e psicologicamente estas crianças. As crianças frequentadoras habituais do SUP, tal como os autores as caracterizam no estudo, parecem assim, ainda mais do que a generalidade das crianças utilizadoras, apoiar a ideia instalada de que a maioria das admissões neste tipo de serviços são inapropriadas, isto é, poderiam, ou deveriam, ser solucionadas ao nível dos cuidados de saúde primários.

No entanto, Fonseca (1991), tendo por base um estudo efectuado, afirma que o problema da utilização dos SUP por patologias comuns se deve mais à forma como estão organizados os cuidados à criança no CS e à qualidade que oferecem, do que à pretensa “deseducação” da população. De facto, neste estudo em que a autora pretendeu comparar a utilização das consultas de saúde infantil, do SAP e do SUP por crianças dos 0 aos 5 anos com patologia comum, e determinar os factores que influenciam essa utilização, concluiu que a deficiente acessibilidade às consultas individualizadas de saúde infantil no CS parece ser o principal factor determinante de recurso ao SAP. Por outro lado, concluiu também que a preferência pelo SUH parece residir na percepção de uma maior credibilidade deste serviço por parte de uma camada populacional relativamente bem definida. Segundo a autora, este serviço parece ser mais procurado do que seria de esperar pelas classes alta e média alta, e pelas mães com maior nível de instrução.

Ainda neste estudo, Fonseca (1991) constatou que o modo de utilização teórico, como os pais declaram que fariam perante situações hipotéticas de doença dos filhos, não coincide com o modo de utilização real dos diversos serviços nem com os critérios técnico-profissionais de utilização racional dos mesmos. A autora concluiu ainda que a decisão de procura de cuidados de saúde e a escolha do tipo de serviço são influenciadas por factores de ordem sócio-económica, psico-social e cultural, e por factores relacionados com o tipo de sistema de saúde e com a estrutura organizativa da prestação de cuidados de saúde. A partir do estudo efectuado, a autora afirma que a população dos 0 aos 5 anos utiliza os SUs por não ter alternativa credível ou acessível de cuidados.

Na mesma linha de pensamento, Levy e colaboradores (cit. por Silva, 1990) mencionam que as razões mais frequentemente levantadas pelos pais para recorrerem com os seus filhos ao SUP, em vez do CS, são: a reputação do hospital, a melhor qualidade dos

cuidados, o facto de o hospital estar sempre apto a providenciar qualquer tipo de cuidados, a crença de que os seus filhos são especialmente vulneráveis, o facto de considerarem que o estado dos seus filhos é mais sério e ameaçador do que é na realidade, e o facto de terem tido uma experiência anterior desagradável no CS.

Kinie e Strait (1998) realizaram também um estudo para avaliar os motivos da utilização do SUP por causas não urgentes durante o período de funcionamento dos CSP. Relativamente aos motivos invocados por estes doentes os autores destacaram a conveniência, o facto de os utentes não terem um médico de cuidados primários e terem sentido o problema como uma emergência.

Após a exposição da realidade referente ao excessivo consumo de cuidados de saúde, surge a tentativa de justificação deste fenómeno actual. A explicação dos comportamentos de saúde e das reacções à doença não faz hoje em dia sentido sem o contributo das variáveis psicológicas. É partindo desta premissa que se desenvolve o ponto seguinte.

3. POR QUE SE PROCURAM CUIDADOS DE SAÚDE?

A experiência da doença constitui um acontecimento significativo no processo de desenvolvimento do ser humano. A vivência da doença é um fenómeno claramente social que começa com a detecção de sintomas. O reconhecimento dos sinais depende da situação na qual são sentidos, sendo a atribuição de um significado a esses sinais fortemente influenciado por um sistema de referências não científico. Por outro lado, o processo de procura e interpretação de sintomas, que valoriza uns em detrimento de outros, é também nitidamente cultural, assim como a procura (ou não) de ajuda médica para os resolver. Na óptica de Duarte (2002, p.16) “a procura de cuidados de saúde é um acto social. Envolve um conjunto de normas estabelecidas e que variam culturalmente; envolve a adopção de um papel; e o recurso a instituições sociais”.

São vários os estudos e as teorias que tentam explicar o que faz com que um indivíduo identifique (ou não) um problema de saúde e recorra (ou não) à ajuda médica. Neste ponto serão abordadas algumas variáveis psicológicas e sociais identificadas por diversos autores e teorias como importantes para compreender e explicar alguns comportamentos, crenças, atitudes e valores relativos à saúde e à doença, e nomeadamente à procura de serviços de saúde. Pretende-se assim descrever e analisar várias opiniões, teorias e modelos sobre a relação e os efeitos das crenças e representações de saúde/doença nos comportamentos de doença, designadamente na procura de cuidados.

3.1. Evolução da Procura de Cuidados de Saúde

Desde os tempos mais remotos que o Homem procura cuidados que lhe permitam a continuação da vida e da espécie. Segundo Honoré (1996/2002), a procura de cuidados evoluiu ao sabor das transformações epidemiológicas, sociais, educativas, tecnológicas e demográficas, que acabaram por ter influência nas representações sociais da saúde e da doença, bem como nos próprios comportamentos dos indivíduos.

Actualmente, os serviços de saúde são procurados de forma distinta por diferentes pessoas em diferentes fases de doença, em função do modo como percebem o contexto da sua patologia e a sua provável evolução (Serra, 2004). No entender de Duarte (2002), a decisão da procura assenta na percepção pelo indivíduo, ou pelos que lhe estão mais próximos, de que algo não está dentro dos parâmetros habituais de desempenho. Neste contexto, a autora refere que,

todo o actor-utente envolvido na organização de saúde dispõe de um cérebro e de uma margem de liberdade (ir/não ir ao médico) que o tornam capaz de escolher a estratégia que lhe parece mais apta para servir o seu projecto de se manter saudável (p.17).

Wills e DePaulo (1991, cit. por Duarte, 2002, p.46), baseados em estudos realizados no domínio da procura de cuidados de saúde relacionados com alterações psicológicas, consideram “o comportamento de pedido de ajuda como um processo complexo, envolvendo interacções entre características de quem procura auxílio, o tipo de ajuda pretendida, o contexto e o potencial prestador de auxílio”.

No entender de Paúl (1999a), o consumo de serviços de saúde possui algumas especificidades. Geralmente utilizado por doentes em situação de crise mais ou menos grave, este acto de compra de um serviço deixa de ter as características de um acto voluntário e de livre escolha, para assumir as características dramáticas de uma urgência. Ao mesmo tempo, verifica-se uma activação de vários sistemas fisiológicos, o estreitamento do campo de consciência limita-se ao problema actual diminuindo a capacidade discriminativa presente num acto de escolha voluntária de qualquer outro bem de consumo.

Honoré (1996/2002) questiona se não existirá uma confusão entre a necessidade de saúde e a necessidade de cuidados, e até que ponto não se terá caído na armadilha de uma outra confusão, entre necessidade e procura. Será que uma necessidade para ser tida em consideração, face à concepção que se tem de saúde, não vai instantaneamente assumir a forma de uma necessidade de cuidados médicos para satisfazer uma falha que é apresentada como uma doença? A este respeito, Herzlich e Pierret (1984, cit. por Honoré, 1996/2002, p.152) afirmam que

as procuras no sistema de saúde evoluem sob o triplo efeito das evoluções das patologias, das representações sociais da doença e das relações dos utilizadores com os profissionais de saúde. Os progressos médicos permitiram atenuar, bastante, a expressão física da doença de tal forma que

todos os desvios à norma se tornam sinal da própria doença e que a incapacidade funcional é também, hoje em dia, considerada como uma doença.

A resposta à procura de cuidados não conduz forçosamente à satisfação de uma necessidade de saúde, mesmo se nos casos de patologia aguda ela leva à cura. Como defende Honoré (1996/2002, p.152), “o que satisfaz uma necessidade desenvolve harmoniosamente, preserva, salvaguarda, aquilo de que necessitamos. Deste modo, ao responder favoravelmente a uma necessidade de saúde, entregou-se qualquer coisa à saúde para que se manifeste e salvaguarde”. O que espera então aquele que pede um conselho ou ajuda a um profissional de saúde? Honoré (1996/2002) respondeu a esta questão citando Herzlich e Pierret (1984), que referem que,

o utilizador leigo procura, junto de um profissional ou de uma instituição de saúde, um bem-estar que ele pode ter perdido por várias razões, ou então, deseja recuperar um estado funcional mais satisfatório, considerado por ele como um elemento importante do estado de saúde a que aspira. Se o interlocutor profissional, entendendo por saúde a ausência de doença, não puder oferecer uma resposta senão por referência a uma patologia, esta divergência pode conduzir a um desencontro. Paciente e médico podem procurar um e outro, reencontrar-se sobre um terreno comum: o paciente, por exemplo, ao apresentar os sintomas medicamente visíveis fornecerá uma apreciação ao seu interlocutor; o médico, por seu lado, ao multiplicar os sinais médicos de reconhecimento da queixa do seu paciente (exames, prescrições,...) proporá ao paciente um “serviço” susceptível de lhe agradar. À escala colectiva, tais fenómenos têm consequências sobre o consumo médico... (p.153).

Na opinião de Honoré (1996/2002), o aumento do consumo médico não é totalmente inconciliável com os indicadores de melhoria da saúde de uma população, já que pode significar um maior interesse e envolvimento nos problemas de saúde, convergindo as suas expectativas para objectivos de não-doença. Neste contexto, o autor acrescenta ainda que, muitos profissionais e instituições se imobilizaram nas concepções de saúde como não-doença, o que implica múltiplas consequências, entre as quais a medicalização. Herzlich e Pierret (1984, cit. por Honoré, 1996/2002) referem que, já em 1902, a lei de saúde pública comprovou a crença da sociedade nos benefícios da medicalização, tornando-se esta num sinónimo de segurança, comprovando que este fenómeno não é recente.

De um modo geral, observa-se uma evolução nas atitudes dos indivíduos doentes face aos profissionais de saúde. Com maiores conhecimentos sobre saúde e o progresso médico, exigem ser mais bem informados sobre o seu estado, sobre os exames que lhes são feitos e os tratamentos que lhes são prescritos. Desejam mesmo ser implicados nos processos de decisão e de escolha dos tratamentos e medidas que lhes dizem respeito

(Honoré, 1996/2002). Por outro lado, “a concepção subjectiva de saúde, usualmente atribuída à forma comum como as pessoas a definem, determina a procura e em grande parte a utilização da assistência médica” (Duarte, 2002, p.39).

3.1.1. Procura de Cuidados como um Comportamento de Doença

Na perspectiva de Baltes, Reese e Nesselroade (1977, cit. por Ribeiro, 2007), nas ciências comportamentais como a Psicologia, o termo *comportamento* abrange, entre outras, as actividades do organismo bem como as suas respostas observáveis. Tendo em conta que hoje é assumido que o objecto de estudo da Psicologia é o comportamento humano, ao usar o termo comportamento assume-se uma perspectiva em que há inúmeras variáveis psicológicas a ele associadas. Estas variáveis, segundo Ribeiro (2007), estão estreitamente ligadas à saúde e à doença, acompanham-nas, antecedem-nas e sucedem-lhes, podendo ser agentes causadores, amortecedores ou mediadores. Com efeito, uma das principais questões levantadas pela Psicologia consiste em identificar porque é que os indivíduos se envolvem, ou não, em comportamentos de saúde.

A procura de cuidados de saúde é encarada por vários autores como um comportamento humano. O recurso ao termo comportamento na relação com o sistema de saúde vem desde a década de 60. Kasl e Cobb (1966) definiram três tipos de comportamentos relacionados com a saúde: *comportamento de saúde*, descrito como qualquer actividade empreendida pelo indivíduo que se sente saudável com o intuito de prevenir a doença ou de a detectar num estágio assintomático (e.g., dieta saudável, programas de rastreio); *comportamento de doença*, definido como qualquer actividade empreendida pelo indivíduo que se sente doente com o propósito de esclarecer o seu estado de saúde e encontrar um tratamento (e.g., procurar um médico) e *comportamento de doente*, cujo objectivo é ficar saudável (e.g., tomar medicação prescrita). Pode afirmar-se que estes autores traçaram o ponto de partida a partir do qual se tomou consciência da associação entre comportamento, saúde e doença.

Mechanic (1968), um dos primeiros teóricos a principiar estudos sobre esta temática, introduziu o termo *illness behavior* (comportamento do doente), que diz respeito ao processo pelo qual a dor e os sintomas são definidos, dotados de significação e socialmente rotulados, a ajuda é solicitada e o modo de vida é transformado. O mesmo

autor (1962, cit. por Duarte 2002, p.45), designou ainda como comportamento de doença “o modo como as pessoas monitorizam os seus corpos, definem, interpretam, e cuidam dos seus sintomas, e utilizam as várias fontes de auxílio possíveis, bem como o respectivo sistema de cuidados de saúde.” Ainda segundo o autor, o comportamento de doença abrange “uma disposição individual, o resultado de interacção entre factores pessoais e ambientais, um processo de tomada de decisão, e uma resposta determinada pelo sistema de cuidados de saúde” (cit. por Duarte 2002, p.45).

Mechanic (1986, cit. por Duarte 2002) refere estudos que estimam que pelos menos 50% dos doentes que consultavam um médico apresentavam sintomas e queixas não englobadas na Classificação Internacional das Doenças, e que outros procuravam cuidados de saúde por problemas e sintomas diferentes dos que referiam. Estes factos indicariam que o recurso ao médico se insere num comportamento de doença, envolvendo factores como necessidades percebidas, percepção, avaliação, definição, atribuição causal e tomada de decisão.

No ponto de vista de Duarte (2002, p.48), “ indivíduo que procura cuidados de saúde constitui uma unidade diferenciada, e é portador de uma vivência única da sua doença”. O processo de decisão de procura de ajuda médica, mesmo encarada do ponto de vista do comportamento individual, é extremamente complexo. De acordo com Paúl e Fonseca (2001), o comportamento de doença é uma resposta aprendida socialmente. Cada indivíduo responde aos sintomas de acordo com as suas próprias definições da situação que são influenciadas pelas dos outros, moldadas pela aprendizagem, socialização e experiências anteriores e mediadas pelo seu nível cultural.

Para Weber (cit. por Duarte, 2002), os fenómenos sociais são produto da acção humana e possuem um sentido que é necessário descortinar para os explicar. Desta forma, “para compreender a procura de cuidados temos que nos referir às regras e normas que os indivíduos interiorizam, que regem as suas decisões e exprimem os valores que dão sentido aos seus actos” (Duarte, 2002, p.17).

São inúmeros os estudos que procuram explicar o que faz com que um indivíduo identifique (ou não) um problema de saúde e recorra (ou não) à ajuda médica. Mechanic (1968), ao propor o *modelo da procura de ajuda médica*, preconizou a este respeito os seguintes passos: (a) a visibilidade e o reconhecimento dos sintomas; (b) a medida em que os sintomas são percebidos como perigosos; (c) a medida em que os sintomas perturbam a

família, o trabalho e outras actividades sociais; (d) a frequência e a persistência dos sintomas; (e) a tolerância aos sintomas; (f) a informação disponível, o conhecimento em relação à doença e os pressupostos culturais; (g) as interpretações concorrentes que competem com as respostas de doença; (h) a disponibilidade e proximidade física de recursos e os custos financeiros e psicológicos da iniciativa de procura de ajuda. Já Anderson (1968) no seu *modelo sociocomportamental*, assentou a base do processo de decisão na acessibilidade (financeira e geográfica) dos recursos, na natureza (gravidade) da doença e em características predisponentes (como o género).

Contudo, no entender de Ahumada (1990, cit. por Duarte, 2002), apesar de serem muitos os modelos que tentam explicar o comportamento de procura de cuidados, o que o influencia é a cultura de saúde do grupo ao qual o indivíduo pertence e onde intervêm os factores culturais, a acessibilidade aos serviços de saúde e a própria atitude do médico. Com efeito, a maioria das investigações que teve como objectivo predizer os comportamentos de saúde deu grande ênfase às crenças. Por exemplo, de entre alguns factores que permitem predizer os comportamentos de saúde (e.g., sociais, emocionais, sintomas percebidos), Leventhal e colaboradores (1980, cit. por Ogden, s.d./1999) dão grande relevância às crenças do doente. Também para Hespanha (1987, cit. por Duarte, 2002, p.46), a procura de cuidados de saúde

insere-se no contexto das determinantes sociais e culturais da procura dos cuidados médicos, o que implica o conhecimento das práticas de saúde da população e dos saberes e representações sociais sobre a doença, a cura e sobre os médicos, isto é, conhecer o que significa para o indivíduo estar saudável ou doente, o que conhece sobre a(s) doença(s), como é que age perante a doença e as expectativas do papel do médico.

3.2. Concepções de Saúde e Doença

O conceito de saúde reflecte os valores, as crenças, os conhecimentos, as actividades, ou seja, a cultura da sociedade, sendo influenciado pelos contextos histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico. A saúde é uma experiência pessoal e por isso uma vivência subjectiva. Cada pessoa assume para si o que percebe sobre aquilo que é a saúde, atendendo ao que considera normal, tendo em conta a sua experiência pessoal, o seu nível cultural, social, económico, espiritual e a sua forma de vida.

A conceptualização de saúde e doença tem evoluído ao longo dos últimos decénios como consequência da importância que a saúde passou a assumir. Contudo, apesar do

desenvolvimento do conhecimento, a fronteira entre saúde e doença encontra-se ainda por definir.

Em 1948 a World Health Organization (WHO) definiu saúde como um “estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença, ou de incapacidade” (cit. por Ribeiro, 2007, p.73). Contudo, esta definição “tem sido considerada relativamente estéril, inócua e sem efeitos práticos para a maior parte dos técnicos do campo da saúde” (Ribeiro, 2007, pp.73-74). Por isso, embora continue a constituir a sua definição matriz, esta organização acrescentou elementos que possibilitam uma compreensão mais abrangente do conceito. Assim, a WHO (1986, cit. por Ribeiro, 2007, p.75) defende que

a saúde é a extensão em que um grupo ou indivíduo é capaz, por um lado, de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, e, por outro, de modificar ou lidar com o meio envolvente. (...) a saúde é um recurso para a vida do dia-a-dia, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objectivo de vida.

Por conseguinte, o conceito de saúde deixa de depender apenas do próprio sujeito, no sentido em que deixa de estar centrado no indivíduo isolado, separado quer dos outros indivíduos quer do meio ambiente.

Para Márties (2003, p.42) saúde é “uma representação mental sobre a condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto psicológico, emocional e espiritual (...). Trata-se de um estado subjectivo (...) não podendo ser tido como conceito oposto ao conceito de doença”. No entender de Gil (1988, cit. por Márties, 2003), a saúde será então a sensação daquele que experiencia bem-estar ou percepção a ausência de mal-estar e dor. Esta sensação de bem-estar, por ser uma condição normal, não constitui um estímulo de resposta consciente. Acontece quando é percebida a sensação de mal-estar, ou seja, quando ocorrem alterações na pessoa que conscientemente as interpreta como um mal que lhe acontece. Márties (2003) acrescenta ainda que, a saúde enquanto bem-estar não se sente, salvo quando se recupera, depois de tê-la perdido durante um período de doença.

As pessoas ditas comuns têm a sua própria concepção de saúde. Uma das principais contribuições de Freidson (1988) para a discussão do comportamento do doente foi a formulação do conceito de *sistema leigo de referência*. Estabelecendo uma distinção entre processos biológicos e as respostas sociais para este processo, este autor desenvolveu a

ideia de um sistema pluralístico de valores para dar conta das diversas definições de doença. Para este teórico, a doença deve ser vista como um desvio social e ser analisada pelo sistema leigo de referência, isto é, pelo corpo de conhecimentos, crenças e acções, através do qual ela é definida pelos diversos grupos sociais. Contudo, o conceito de sistema leigo de referência não explica como surgem as expectativas sociais relacionadas com a doença e por que elas diferem entre indivíduos pertencentes a um mesmo grupo social.

Relativamente à percepção de saúde pelas pessoas comuns, num estudo elaborado por Blaxter (1975, cit. por Ribeiro, 2007) abrangendo 9000 sujeitos, foram encontrados os seguintes conceitos de saúde: (a) saúde como não estar doente; (b) saúde como ausência de doença ou saúde apesar da doença (incluía pessoas com doença crónica mas que se sentiam bem); (c) saúde como reserva (referia-se a situações em que a pessoa recupera facilmente de uma doença); (d) saúde como comportamento, saúde como uma vida saudável; (e) saúde como capacidade física; (f) saúde como energia, vitalidade; (g) saúde como relação social; (h) saúde como capacidade funcional; (i) saúde como bem-estar psicossocial.

Se para o indivíduo a saúde é um meio para atingir bem-estar, já o poder político conceptualiza a saúde como um objectivo, na medida em que é responsável pelo sistema de cuidados de saúde e despende largas verbas para a sua sustentação. Logo, quanto melhor for a saúde dos indivíduos, menores serão os custos das instituições a seu cargo (Ribeiro, 2007).

Para além da percepção de bem-estar, a saúde pode influenciar o próprio estado de doença do indivíduo, na medida em que é o primeiro determinante de susceptibilidade. Tal como afirma Ribeiro (2007, p.85), “numa perspectiva multicausal, o estado de saúde pode ser considerado causa de vulnerabilidade à doença, ou pode contribuir para a invulnerabilidade”.

Relativamente ao conceito de doença, a língua inglesa utiliza três termos para identificar os diferentes quadros conceptuais. O *disease* (ter uma doença) é um acontecimento biológico onde ocorrem mudanças anatómicas, fisiológicas ou bioquímicas. O *illness* (sentir-se doente) trata-se de um desconforto e desorganização psicossocial, derivado da interacção do indivíduo com o meio. Segundo Barondess (1979, cit. por Ribeiro, 2007) cerca de 50% dos doentes que procuravam cuidados de saúde não apresentavam sintomas biológicos, sendo as queixas derivadas de acontecimentos do quotidiano ou de reacções à percepção de ameaças simbólicas. O *sickness* (comportar-se

como doente) consiste numa identidade social, num estatuto ou num papel assumido por indivíduos rotulados de não-saudáveis. Tendo em conta estas definições, o *illness* é o que o doente sente e que o conduz à procura dos serviços de saúde, e o *disease* a noção do profissional de saúde, ou seja, o que o doente efectivamente tem. Neste contexto, é possível sentir-se doente (*illness*) sem ter nenhuma doença (*disease*), do mesmo modo que pode haver doença (*disease*) sem se sentir doente (*illness*) (Ribeiro, 2007).

Relativamente ao conceito de doença, Areia (1988, cit. por Duarte, 2002), considera-o como culturalmente relativo. Segundo o autor, este termo não diz respeito ao estado biológico mas trata-se de um indicador de um estado de incapacidade pessoal que pode ou não ter fundamento fisiológico. Na mesma perspectiva, Pereira (1987, citado em Duarte, 2002, p.53) considera que “o estar doente só pode ser compreendido com a intervenção de variáveis não biológicas. As variáveis psicossociais influem (...) no significado social e pessoal da doença, (...) na reacção à doença e no prognóstico”. Neste sentido, a doença é um estado social e não só biológico, construída por reacções pessoais, sociais e culturais a um problema físico ou psicológico que só pode ser compreendido em contextos definidos de sentido e relações sociais.

Para Pereira (1993, cit. por Duarte, 2002), a concepção de doença constitui um meio de acesso ao sentido que os indivíduos conferem aos seus comportamentos e às relações estabelecidas na sociedade, bem como ao sistema de interpretações, crenças e valores subjacentes. Neste sentido, cada pessoa gere as suas condições para manter a saúde de acordo com a sua teoria, fruto dos seus saberes e interpretações pessoais (Iturra, 1988, cit. por Duarte, 2002). Por outro lado, na óptica de Pereira (1993, cit. por Duarte, 2002), é norma na sociedade ocidental que a doença só faz sentido quando traduzida em linguagem clínica, o que determina a procura médica para o reconhecimento do indivíduo como doente.

Os modelos que acompanharam as diferentes gerações de ideias sobre a saúde e as doenças propõem filosofias diferentes para abordar este fenómeno. Analisa-se de seguida a evolução de dois principais modelos de conceber a saúde e a doença.

3.2.1. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial

O *Modelo Biomédico* começou a tornar-se dominante no final do século XIX, altura em que a doença deixou de ser definida como um estado de desequilíbrio não natural, para passar a ser vista como um desvio da norma caracterizado por parâmetros fisiológicos específicos e mensuráveis. Assim, a visão deste modelo assenta no conceito de homeostasia fisiológica, em que todo o funcionamento do organismo se processa dentro de certos parâmetros considerados normais, num estado fisiológico de equilíbrio tido como desejável.

Este modelo baseia-se fundamentalmente numa visão cartesiana do mundo, que considera que a doença consiste numa avaria temporal ou permanente no funcionamento de um componente ou da relação entre componentes (Engel, 1977). Encara a doença como uma disfunção do corpo humano, conceptualizando-o como uma máquina bioquímica, e considera que todas as disfunções podem ser observadas em mecanismos causais no organismo (Turner, 1987, cit. por Duarte, 2002). Nesta perspectiva, que dá atenção às doenças e não aos doentes, curar a doença significa reparar a máquina.

A doença é definida tendo em conta as alterações biológicas, dando irrelevância aos aspectos psicossociais, à experiência subjectiva de doença e ao contexto no qual o indivíduo se insere. Segundo Engel (1977), este modelo defende o *dualismo corpo-mente*, isto é, a doutrina que separa o físico do mental. Paúl (1999a, p.15) descreve a biomedicina como

a expressão máxima do dualismo cartesiano, da corrente positivista, em que a mente surge separada do corpo e em que este é visto como o objecto de conhecimento, sujeito a leis universais e cujas disfunções têm causas que, quando removidas, permitem que se restabeleça o bom funcionamento da máquina.

Este modelo confere um carácter estático à saúde, opondo-se à natureza dinâmica do desenvolvimento humano. Por outro lado, segundo Serra (2004, p.45) são várias as opiniões que “defendem que o estar doente só pode ser compreendido à luz de uma perspectiva não unidimensional, que compreenda uma abordagem global da pessoa em todas as vertentes”. A necessidade de encontrar modelos explicativos mais complexos cresceu na segunda metade do século XX. Partilhando a opinião com vários autores, Engel (1977) considerava que o modelo biomédico já não era adequado às características da sociedade e das doenças actuais, e que se deveria considerar o contexto em que o indivíduo

se insere, e nomeadamente os efeitos desorganizadores da doença e o próprio sistema de cuidados de saúde. A emergência de teorias holísticas, que consideravam a importância de compreender um sistema constituído por partes que se relacionam e interagem e que condicionam as suas propriedades, fez-se reflectir em todas as ciências e consequentemente no sistema de saúde. Emergem então na área da saúde várias formas de abordar esta perspectiva, sendo uma das mais conhecidas o *Modelo Biopsicossocial*.

Segundo o actual modelo de abordagem da doença consideram-se associados à enfermidade três grupos de factores: os sócio-ambientais (e.g., pobreza, apoio social, trabalho, desemprego); os comportamentais, (e.g., tabagismo, exercício físico, dieta alimentar); e os psicológicos (e.g., personalidade, capacidades de *coping*, sistema de crenças relativas à saúde). Daqui provém a importância explicativa e preditiva do Modelo Biopsicossocial, que integra as diferentes ordens de variáveis implicadas (Paúl, 1999a).

Schwartz (1982) explica que o Modelo Biopsicossocial defende dois grandes princípios: factores biológicos, psicológicos e sociais são todos eles determinantes importantes da saúde e doença; e o diagnóstico médico deverá considerar sempre a interacção destes factores quer na avaliação da saúde dos indivíduos quer nas recomendações para o tratamento da doença.

Como refere Paúl (1999a), o Modelo Biopsicossocial encara o *continuum* saúde/doença de um modo complexo, global e multicausal. Este modelo enfatiza a pessoa como um todo, com necessidades e expectativas, um passado e um presente, que lhe concedem individualidade e ao mesmo tempo caracterizam a sua pertença a um determinado grupo social e cultural. Neste sentido, os serviços de saúde devem dar resposta a um conjunto mais vasto e complexo de problemas que vão para além da resolução de sintomas patológicos. Assim, estes devem responder também a solicitações que têm significado no contexto da saúde percebida pelos utentes e que derivam da sua expectativa de obtenção de resultados.

Por conseguinte, a evolução do conceito de saúde, do individual para o social, do social para o sistémico, reflecte-se actualmente na concepção organizativa do sistema de saúde que, anteriormente percebido como um sistema dirigido unicamente para o tratamento de doentes, se estendeu para incluir indivíduos doentes, não doentes e saudáveis (Ribeiro, 2007).

Contudo, apesar do desenvolvimento científico, o significado dado pelo indivíduo à enfermidade encontra-se ainda nos dias de hoje imerso em velhos sistemas de crenças acerca da saúde e da doença. Neste contexto, Duarte (2002) descreve a concepção de estar doente ou saudável como individual, assente em experiências e valores socioculturais pessoais, que são recebidos ao longo do processo de aprendizagem dos valores e representações inerentes à comunidade onde se insere o indivíduo.

3.3. Representações Sociais e Cognitivas de Saúde e de Doença

A saúde e a doença são experiências pessoais, e por isso vivências subjectivas, que têm implícitas concepções históricas, filosóficas, religiosas, culturais, sociais, pessoais e científicas. Apesar de cada sujeito reagir de forma única perante uma situação de doença, o modo como a percebe está relacionado com as diversas representações que tem acerca dela.

Nesta lógica, Pereira (1987, cit. por Duarte, 2002) considera que, para compreender, reconhecer e tratar os doentes, bem como promover a saúde, é importante ter em conta a totalidade de determinantes envolvidos na saúde e na doença. Estes são, entre outros, as crenças, os valores, os preconceitos, os saberes, os sentimentos e os comportamentos que cada cultura aceita e transmite.

Os sistemas de crenças dizem respeito ao conjunto de ideias, normas, valores e conhecimentos, relacionados entre si, que podem ou não ser cientificamente comprovados, e que condicionam a adopção de determinados comportamentos, pelo que o seu estudo para a compreensão dos comportamentos de saúde se torna imprescindível. As diversas teorias que procuram explicar o modo como os indivíduos se apropriam de um conjunto de ideias e crenças relativas à doença, podem-se agrupar em dois grandes modelos interpretativos ou perspectivas analíticas. Basicamente, estes modelos diferem entre si na ênfase dada à determinação social ou a estruturas cognitivas sobre a doença.

Para os teóricos, as representações formam sistemas de interpretação que regem as nossas relações com o mundo e com os outros, orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais. As representações são então sistemas cognitivos resultantes da

interiorização de modelos de conduta e pensamento, socialmente inculcados ou transmitidos por processos sociais.

O estudo das representações sociais iniciou-se com Moscovici (1976/1978), e trouxe para a Psicologia um instrumento de suma importância para o conhecimento dos saberes do senso comum como modelos e formas de aquisição de conhecimento sobre os objectos e experiências da realidade quotidiana dos sujeitos em comunidade. Quando um indivíduo recorre a um cuidado de saúde arrasta consigo a sua experiência única de doença, traduzida na sua própria linguagem, de acordo com um conjunto de saberes resultante de um determinado contexto social e cultural, que Moscovici (1976/1978) denominou de representação social. Neste sentido, o autor apreende como representações os sistemas de valores, de ideias e de práticas de um indivíduo.

As atitudes de cada indivíduo face aos serviços de saúde são construídas numa base experiencial directa, mas assentes também nas representações sociais sobre os vários aspectos relacionados com a saúde, a doença e a cura, existentes na cultura da comunidade a que o próprio pertence (Paúl, 1999a). As representações sociais no campo da saúde foram inicialmente estudadas por Herzlich (1973), considerada pioneira na compreensão da forma como as pessoas definem a saúde e a doença. De acordo com esta autora, as noções de saúde e doença são exprimidas e governadas no plano cognitivo através da relação estabelecida com o mundo exterior socializado.

Através do estudo das interpretações de saúde e doença de uma população de 80 adultos franceses, esta autora concluiu que a saúde era frequentemente tomada como dado adquirido e só era considerada quando comparada com a doença. As representações centravam-se na saúde como um estado de equilíbrio dos vários aspectos do indivíduo, incluindo o bem-estar físico, psicológico e relacional. Esta autora concluiu também que, só quando os componentes orgânicos se imiscuíam na vida do indivíduo é que os sintomas de doença eram considerados como tal. Para a maioria das pessoas, uma incapacidade para se envolver nas tarefas diárias é critério fundamental para a doença.

Actualmente, reconhece-se que a cultura na qual o indivíduo está inserido intrinseca-se na forma como ele experiencia e expressa os seus sintomas. O modo como o indivíduo vê o seu problema de saúde é influenciado pelos valores culturais do seu grupo social e pela importância social relativa que é dada aos problemas médicos. A doença e os sintomas a ela associados surgem como construções que são social e culturalmente

determinadas e influenciadas. A forma como o indivíduo avalia e aborda os seus problemas de saúde, quando e onde procura ajuda é influenciada por factores culturais.

No ver de Duarte (2002), qualquer indivíduo tem um grau de cultura médica condicionado pela representação mental que tem da doença ou do que é estar doente. Dependendo destes saberes, percebe um conjunto de sensações orgânicas (sintoma) como doença, e decide agir. Segundo a mesma autora, esta perspectiva é sustentada e enquadrada numa determinada realidade social, que influencia o que o indivíduo define ou não como doença aquilo que sente, desencadeando do mesmo modo uma determinada atitude. Por outro lado, se a percepção é dependente dos saberes individuais e determina a acção, ou seja, a procura de cuidados, esta mesma acção influi a cultura do indivíduo e do grupo, influenciando igualmente a própria percepção, dado que a procura pode determinar aquilo que pode ou deve ser percebido.

Um dos primeiros estudos sobre a experiência da doença foi desenvolvido por Parsons (1951). Para este autor, a saúde constitui um importante pré-requisito funcional para a manutenção de uma dada estrutura social e, sendo a doença considerada como um desvio da normalidade, é necessário que o doente procure tratamento. Assumindo a sua condição de doente, isto é, adoptando o papel de doente (*sick role*), o indivíduo passa a não ser mais considerado responsável pelo seu estado e fica legitimamente isento das obrigações sociais normais, desde que procure ajuda competente e coopere com o tratamento indicado. Neste contexto, a doença não é meramente um estado de sofrimento mas também uma realidade social. Apesar das críticas feitas a essa teoria, a contribuição parsoniana para o entendimento das determinações socioculturais da doença é significativa nos dias actuais. Com efeito, ela abriu um espaço significativo para os estudos que procuram analisar os meios pelos quais os indivíduos e grupos diferem entre si nas respostas à doença.

Estudos conduzidos, principalmente por antropologistas (e.g., Good, 1977; Kleinman, 1981), têm demonstrado a importância do reconhecimento de factores culturais e sociais na origem da doença, na forma como cada indivíduo a experiencia e a quem recorre. Para Kleinman (1988), a doença é culturalmente construída uma vez que, a forma como é percebida, experimentada e lidada, se baseia nas explicações pessoais de doença, específicas das posições sociais e dos sistemas de valores do indivíduo. Também para Good e Good (1981), a cultura interfere com o modo como o indivíduo reage às diversas

sensações e as transforma em queixas de doença. Estes autores mencionam vários estudos que evidenciam que os padrões de apresentação dos sintomas e a procura de cuidados variam com a cultura médica. Os próprios estudos de Good e Good (1981) demonstraram que a cultura médica dos indivíduos influencia a avaliação da sua situação e o modo como expressam os seus sintomas, bem como o seu padrão de pedido de ajuda e a resposta ao tratamento para a sua doença. Segundo Helman (1994, cit. por Duarte, 2002, p.20), a cultura médica diz respeito ao

acervo de saberes de saúde aprendidos e transmitidos de geração em geração que servem como guia para viver e orientar os pensamentos, acções e sentimentos do indivíduo e grupo. Afecta a decisão e acção pessoal, as práticas de saúde, as suas alterações e respostas.

Na mesma linha de pensamento, Zborowski (1952) e Zola (1973) defendem que o papel dos factores culturais torna-se parte central de investigação. Estes autores enfatizam as diferenças nos valores e atitudes relacionados com a doença como resultantes das diferenças entre as classes sociais, faixas etárias e etnias. Zborowski (1952) verificou que os valores, os significados e os comportamentos, concernentes à saúde e às reacções aos sinais e aos sintomas, divergem em indivíduos provenientes de diferentes grupos de acordo com a cultura de origem. Segundo Zborowski (1960), cada cultura oferece aos seus membros um padrão ideal de atitudes e de reacções, que pode diferir entre as várias sub-culturas numa dada sociedade, sendo que é suposto cada indivíduo agir em conformidade com esse padrão ideal. Por seu lado, Zola (1973) concluiu que a proveniência cultural dos indivíduos determina a forma como exprimem os seus sintomas. Para o autor, um determinado sinal ou sintoma pode ser interpretado como doença ou como normal, dependendo de ser ou não considerado uma ameaça aos valores do grupo.

Por outro lado, existe outro conjunto de estudos que expõem também a influência das pessoas significativas para o indivíduo no comportamento de doença. Freidson (1988) chamou de *lay referral system* a rede de familiares e amigos que apoiam o doente leigo. Freidson (1970, cit. por Duarte, 2002) verificou que, para além do sistema de referências, a estrutura familiar urbana norte-americana influenciava os padrões de comportamento de saúde. Com efeito, a resposta à sensação de mal-estar físico pode ser tomada segundo uma perspectiva activa, após uma procura de informações, quer essa procura seja individual (através da consulta de bibliografia), quer através do aconselhamento junto de familiares, colegas, amigos, ou do médico.

Para Freidson (1988), as diversas definições de doença, principalmente nas sociedades modernas, são determinadas por um sistema pluralístico de valores e princípios sociais. Baseado nas suas investigações acerca dos comportamentos do doente, Freidson (1970, cit. por Duarte, 2002), criou um quadro de tipologias que facilitaríamos a previsão do comportamento do doente, em função da distância social entre a cultura popular e a profissional e a estrutura do sistema de referências subjacente, assim como o grau de coesão. Partindo destas premissas Freidson (1970, cit. por Duarte, 2002, p.58) construiu um *ratio* de utilização dos cuidados de saúde, segundo o qual:

- a) *Em culturas marcadamente diferentes da profissional, e com um sistema de referências forte, a utilização é baixa.*
- b) *Nas culturas igualmente diferentes, mas de baixa coesão, em que o indivíduo é exposto a influências exteriores, prediz um grau de utilização mais elevado.*
- c) *Uma cultura popular similar à profissional, em que o sistema de referências é limitado, conduz a uma grande utilização.*
- d) *Cultura subjacente similar à profissional, com um forte sistema de referências, leva à utilização máxima dos sistemas de cuidados de saúde.*

Na mesma linha de pensamento, Leventhal, Nerez e Steel (1984) acrescentam que a avaliação dos sintomas envolve a partilha de informação com as pessoas na rede de trabalho social, membros da família e amigos. Esta interação tem um profundo impacto no processo de avaliação dos sintomas relacionados com a saúde. Também as influências aprendidas pelas experiências prévias, pelos contactos anteriores com os profissionais, pela literatura popular ou os *media*, bem como pelos mitos sociais podem dominar a interpretação do processo de doença.

Segundo Bishop (1994), a experiência que os indivíduos vão tendo com diferentes sintomas/doenças, em si ou nos outros que lhe são próximos, através das quais vão construindo representações de doenças contendo informação acerca dos sintomas envolvidos, da sua duração e evolução, afecta a sua interpretação e as respostas aos sintomas que experienciam. O conhecimento que as pessoas extraem das suas experiências desempenha um papel importante nas suas decisões acerca do que os sintomas reflectem e do grau em que requerem atenção profissional.

Para o mesmo autor, os esquemas de doença são também fortemente influenciados por informações que os indivíduos recebem de outros e da sua cultura em geral (e.g., conceitos populares ou de senso comum da doença, informação veiculada através dos meios de comunicação social, informação recebida de outras pessoas e dos próprios

profissionais de saúde). De acordo com esta perspectiva, quando uma pessoa experiencia um sintoma dá início a um processo de busca cognitiva através do qual tenta emparelhar esse sintoma com os protótipos que possui dessa doença. Esses protótipos incluem informação acerca das causas prováveis da doença, da sua duração, dos seus sintomas e das suas potenciais medidas curativas, o que determina em grande parte o comportamento subsequente do indivíduo.

As representações de doença incluem informação acerca da identidade da doença em questão, dos seus sintomas, das suas potenciais causas, da sua provável duração e evolução no tempo e, finalmente, das suas potenciais consequências (Leventhal et al., 1984). Estas representações proporcionam um meio de interpretar sintomas e de lhes dar significado e, conseqüentemente, fornecem as bases para as tentativas activas do indivíduo em compreender e responder apropriadamente, em termos de comportamento, às potenciais ameaças à saúde com que se depara.

A partir do momento em que uma pessoa constrói uma determinada crença acerca de algo e a assume como verdadeira, tenderá a interpretar toda a realidade envolvente de forma a validar essa sua crença, mesmo que isso implique enviesar a interpretação de alguma informação que recebe do meio interno (e.g., do seu corpo) ou externo. No que respeita à doença, estes esquemas representam a compreensão global que uma pessoa tem acerca dos seus sintomas ou duma determinada doença.

Interpretar um conjunto de sintomas isoladamente não permite retirar conclusões acerca do seu significado, mas relacionar esses sintomas com um determinado esquema mental cognitivo (e.g., gripe). Ou seja, permite ao indivíduo dar sentido a esses sintomas e ter uma ideia acerca do que fazer em relação a eles. Desta forma, as atribuições relacionam-se com comportamentos ou estilo de vida e poderão também estar associadas à adesão terapêutica por parte do indivíduo.

A percepção dos sintomas é então igualmente influenciada por factores cognitivos, que são relevantes para a forma como o sujeito percebe a sua saúde/doença. Assim, torna-se necessário compreender os aspectos cognitivos que influenciam o processo de tomada de decisão em questões de saúde e que alguns modelos e teorias tentam explicar.

3.4. Modelos de Crenças e de Comportamentos de Saúde

Ao longo das diferentes gerações foram surgindo modelos diferentes de conceber a saúde e a doença, que propunham filosofias distintas para abordar este fenómeno.

Conceber a saúde não é unicamente conhecer o que ela é, é manifestá-la de uma forma sempre renovada que tem para cada um uma configuração particular. Não é unicamente saber e sentir (o cognitivo e o emocional), é também compreender conferindo-lhe um sentido (Honoré, 1996/2002 p.42).

A suposição de que as atitudes e as crenças são grandes determinantes do comportamento é partilhada por vários modelos de comportamento, a partir dos quais se podem efectuar previsões relativamente ao comportamento. O termo *crença*, segundo Kirscht (1974, cit. por Ribeiro, 2007, p.163), “abrange qualquer proposição ou hipótese sustentada por uma pessoa, que relacione dois ou mais objectos ou elementos psicológicos”. Já para Ajzen (1988, cit. por Ribeiro, 2007, p.163) as crenças são “categorias de resposta que expressam atitudes” e “atitude para qualquer objecto psicológico representa colecções de crenças em que existe uma componente avaliativa (i.é., boa ou má). Com efeito, a maior parte das teorias cognitivas partilham a suposição de que as atitudes das pessoas estão relacionadas com as suas crenças relativamente aos objectos alvos dessa atitude (Fishbein & Ajzen, 1975).

Os diferentes aspectos das crenças de saúde foram integrados em modelos estruturados de crenças e comportamentos de saúde, conhecidas por modelos de cognição social (uma vez que encaram as cognições como partilhadas pelos indivíduos da mesma sociedade), e cada um deles tenta identificar os processos cognitivos subjacentes às tomadas de decisão relacionadas com a saúde. Este ponto descreve assim a integração dos diferentes tipos de crenças sob a forma de modelos sociocognitivos. Os modelos seguidamente abordados baseiam-se também nas referências de Dracup et al. (1995, cit. por Duarte, 2002) e de Paúl e Fonseca (2001) relativamente aos modelos que permitem explicar a procura de cuidados de saúde. Assim, serão brevemente analisados os modelos sócio-cognitivos, Modelo de Crenças de Saúde e Teoria da Motivação para a Protecção. Apesar de não ser englobado no conjunto dos modelos de cognição social será também abordado o modelo de cognições de doença de Leventhal, o Modelo de Auto-Regulação, dado o seu contributo na explicação das representações cognitivas da doença.

3.4.1. Modelo de Crenças de Saúde

O Modelo de Crenças de Saúde foi inicialmente desenvolvido por Rosenstock em 1966 e posteriormente por Becker e seus colaboradores ao longo dos anos 70 e 80 (Becker, 1974), numa tentativa de compreender a não participação das pessoas em programas de prevenção de doenças. Actualmente, este modelo pode ser aplicado para compreender uma vasta gama de comportamentos relacionados com a saúde tais como, comportamentos preventivos de saúde, adesão aos tratamentos e procura de cuidados de saúde. De acordo com este modelo, as crenças dos indivíduos em várias temáticas relacionadas com a saúde e a doença determinam as suas atitudes e comportamentos.

Este modelo procura prever as acções e atitudes dos indivíduos em relação às doenças, considerando que a probabilidade de um indivíduo efectuar um determinado comportamento de saúde será em função da:

- *Percepção de susceptibilidade*, isto é, o indivíduo aceita que é passível de ser afectado por um problema de saúde.
- *Percepção de gravidade*, que diz respeito à associação que o indivíduo faz entre o problema de saúde e o peso das suas consequências. O nível de gravidade pode ser avaliado pelo grau de estimulação emocional criado pelo pensamento de uma doença, pelos tipos de dificuldade que o indivíduo acredita que uma dada condição de saúde poderá criar para ele ou mesmo pelo simples conhecimento das complicações que aquela doença poderá trazer para a sua saúde e à qualidade de vida.
- *Percepção de benefícios*, ou seja, o comportamento do indivíduo dependerá da crença de quão benéficas para a sua situação serão as alternativas para reduzir a ameaça à sua condição de saúde. Deve haver pelo menos uma acção que seja subjectivamente possível, seja ela relacionada à redução da susceptibilidade ou da severidade da doença.
- *Percepção de barreiras*, isto é, os aspectos negativos percebidos pelo indivíduo em relação às acções em saúde, tais como, os custos financeiros, os gastos de tempo, o desconforto, a dor, a inconveniência, os riscos eventuais. Essas qualificações das acções se tornam barreiras e criam motivos conflituosos.

Estas quatro variáveis são interdependentes e relacionam-se umas com as outras. A susceptibilidade e gravidade, em conjunto, determinam a ameaça percebida da doença, por vezes também conhecida como vulnerabilidade. Dada a ameaça da doença, a probabilidade do sujeito ter um determinado comportamento de saúde irá depender ainda da medida em que o sujeito acreditar que os benefícios da acção poderão ultrapassar as barreiras associadas a ela.

Rosenstock (1974) sugere ainda que presença de *estímulos para acção* é importante para desencadear as percepções de susceptibilidade e gravidade e despoletar o comportamento de saúde, motivando o indivíduo a agir. Estes estímulos podem ser internos (e.g., um sintoma físico) ou externos (e.g., um conselho médico, um folheto informativo).

Janz e Becker (1984) reviram cerca de 50 estudos, de forma a avaliarem o apoio existente para este modelo, tendo verificado que as medidas de susceptibilidade estavam significativamente associadas em 82% dos estudos com os comportamentos para a saúde, em 65% com medidas de severidade percebida, em 81% com os benefícios e em 100% com os custos. Concluíram assim que estes resultados forneciam apoio substancial para o modelo.

Em resposta a várias críticas a que foi sujeita esta primeira teoria explicativa do comportamento de saúde e doença, Becker e Rosenstock (1987) fizeram mais tarde uma revisão do modelo introduzindo o conceito de *auto-eficácia* que, segundo os autores, estava já implícito no conceito de barreiras.

3.4.2. Teoria da Motivação para a Protecção

A Teoria da Motivação para a Protecção (Rogers, 1983) consiste numa expansão do Modelo de Crenças de Saúde acrescentando outros factores. Originalmente, defendia que os comportamentos relacionados com a saúde eram produto de quatro componentes principais: *auto-eficácia* (e.g., «acredito que posso mudar a minha dieta»), *eficácia da resposta* (e.g., «mudar a minha dieta melhora a minha saúde»), *gravidade* (e.g., «o cancro do estômago é uma doença grave») e *vulnerabilidade* (e.g., «tenho grande probabilidade de ter cancro no estômago»). Estes componentes predizem as intenções comportamentais que estão relacionadas com o comportamento. Recentemente, o autor sugeriu a inclusão de um

quinto componente, o *medo* (i.é., uma resposta emocional) em resposta à informação. Os cinco componentes da teoria são influenciados por duas fontes de informação: ambiental (e.g., persuasão verbal, observação) e intrapessoal (e.g., experiências anteriores).

Esta teoria foca duas categorias de resposta: a *avaliação da ameaça* (i.é., estimativa das ameaças externas), que é função da *vulnerabilidade*, *gravidade* e *medo* percebidos, e a *avaliação de coping* (i.é., avaliação das suas próprias capacidades para lidar com a doença), que está relacionada com as crenças de *auto-eficácia* e a *eficácia das respostas*. Este processo avaliativo suscita uma intenção do indivíduo para se comportar de modo adaptativo (i.é., intenção comportamental) ou inadaptativo (e.g., evitamento, negação). Esta intenção, cuja força reflecte o grau de motivação do indivíduo para proteger a sua saúde, por sua vez é preditiva do comportamento (Ogden, s.d./1999; Bennett, 2000/2002).

Variados estudos de avaliação deste modelo analisaram as respostas a situações relacionadas com determinadas expectativas de vulnerabilidade e eficácia. Num desses estudos, Boer e Seydel (1996, cit. por Bennett, 2000/2002), mediram o impacto de um folheto anexado a um convite para a realização de um exame de rastreio do cancro da mama. O folheto realçava a elevada vulnerabilidade das mulheres mais velhas para contrair esta doença e a alta eficácia do rastreio como medida de controlo, induzindo também sentimentos de auto-eficácia (explicando a simplicidade do exame). Os resultados do estudo mostraram que as mulheres que se acharam mais vulneráveis para desenvolver a patologia e que consideraram ter uma elevada auto-eficácia tinham maior probabilidade de fazer o rastreio.

3.4.3. Modelo de Auto-Regulação de Leventhal

As cognições de doença são, de acordo com Leventhal, as crenças implícitas do senso comum que o indivíduo tem sobre a sua enfermidade (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980). Em comum com os modelos de cognição social, o Modelo de Auto-Regulação de Leventhal foca a representação cognitiva da ameaça como factor determinante na variação de um comportamento, considerando as crenças como guias fundamentais. No entanto, eles diferem porque o modelo de Leventhal enfatiza os processos de *coping* e o *feedback* resultante das cognições, emoção e comportamento.

O Modelo de Auto-Regulação centra-se nas crenças individuais sobre a saúde/doença e nas respostas às ameaças de doença. Desenvolvido por Leventhal e colaboradores (Leventhal et al., 1997; Leventhal & Nerenz, 1985), estes autores utilizaram uma metodologia cognitiva para determinar como é que as pessoas representam cognitivamente e enfrentam a ameaça de doença. Este modelo assume que o indivíduo, face a um problema de saúde, é motivado a reduzir qualquer angústia consequente e a voltar ao seu estado de equilíbrio (i.é., restabelecer o seu estado de saúde) através de diversas estratégias de *coping*. As respostas comportamentais perante a ameaça à sua saúde são mediadas pelas suas crenças acerca da doença, bem como pela sua interpretação.

Segundo o Modelo de Auto-Regulação do Comportamento de Doença de Leventhal, a resolução de um problema de saúde decorre em 3 etapas dinâmicas (Ogden, s.d./1999):

1. *Interpretação* - o indivíduo é confrontado com uma potencial doença, ou pela sua própria percepção dos sintomas ou através de outros (e.g., informação do médico) e tenta atribuir um significado ao problema, de acordo com as cognições que detém sobre essa patologia. Estas cognições organizam-se em cinco dimensões: identidade, causa, duração, consequências e cura/controlo. É através desta representação cognitiva do problema que o indivíduo lhe atribui determinado sentido, influenciando as estratégias por ele adoptadas para lidar com a doença. Conjuntamente ocorrem também alterações no seu estado emocional que serão igualmente determinantes na adopção de estratégias para enfrentar a situação.
2. *Coping* - nesta fase, o indivíduo identifica e selecciona estratégias que lhe permitam restabelecer o equilíbrio físico e emocional ameaçado ou perdido, numa tentativa de voltar ao seu estado de normalidade. Para tal, desenvolve um conjunto de estratégias de coping que usualmente se reúnem em dois grupos: coping de aproximação (e.g., ir ao médico, descansar, tomar medicação) ou um coping de evitamento (e.g., negação).
3. *Ponderação* - Envolve uma avaliação individual da eficácia das estratégias de coping utilizadas, e a resolução de as manter, ou pelo contrário, optar por outro plano de acção.

Estes estadios acontecem paralelamente num nível cognitivo e emocional, o que poderá explicar as respostas à ameaça de doença aparentemente irracionais, (e.g., não recorrer aos serviços de saúde por medo do diagnóstico). Neste sentido, a resposta de pedir ajuda ou adiá-la, pode ser vista como uma estratégia de *coping*. O facto de o indivíduo não recorrer aos serviços de saúde, apesar de apresentar sintomas e sinais de potencial doença, pode ser visto como uma maneira de lidar com a emoção, gerada pela representação cognitiva. O modo como o indivíduo percepção os seus sintomas influencia a sua motivação e, naturalmente, os seus comportamentos, levando-o a ignorá-los ou a procurar imediatamente uma ajuda profissional (Leventhal & Benyamini, 1997). Se os sintomas são severos e incomodativos, o mais provável é que procure rapidamente os serviços de saúde. Estas respostas cognitivas, emocionais e comportamentais dizem-se auto-reguladoras uma vez que emergem e são influenciadas pelo auto-conceito do indivíduo.

3.5. Crenças Parentais Sobre Saúde

A grande maioria dos modelos relacionados com as crenças parentais reconhece a existência de uma relação entre as crenças dos pais e as suas atitudes. Hoje pode afirmar-se que as significações parentais determinam ou influenciam as atitudes dos pais perante a doença na criança, adquirindo particular relevância na abordagem da utilização dos SUP.

Segundo Barros (1992) um primeiro tipo de significações tem a ver com a compreensão e a interpretação do problema médico. Com efeito, a maioria dos pais tem poucos ou nenhuns conhecimentos sobre pediatria. Associado a uma emocionalidade intensa por parte dos progenitores durante um episódio de doença da criança, este desconhecimento pode dar origem a interpretações erradas ou deturpadas da informação transmitida pelos especialistas. A título de exemplo, alguns pais tendem a pensar que os médicos escondem a verdade, e que a doença do seu filho é mais grave do que aquilo que lhes é comunicado, outros questionam a competência dos médicos recorrendo a outros que consideram que solucionarão mais adequadamente o problema da criança. A mesma autora acrescenta que este tipo de crenças pode acarretar uma emocionalidade perturbada, com sentimentos de ansiedade, desânimo e desespero, podendo levar a comportamentos áridos de procura constante de novas informações que confirmem as suas expectativas (e.g., pedir

a opinião de médicos de outros hospitais, questionar todos os profissionais de saúde, ler toda a literatura acessível).

Outra crença parental frequente está relacionada com a percepção de fragilidade e especificidade da criança. A convicção de que o seu filho é especial, e portanto pode piorar e ficar em perigo a qualquer momento, pode igualmente conduzir a um excesso de dependência nos profissionais de saúde e no hospital. Com efeito, significações da criança como mais vulnerável ou fragilizada contribuem não só para o aumento da perturbação emocional dos pais, como determinam atitudes de maior superprotecção da criança (Anthony et al., 2003 e Spurrier et al., 2000, cit. por Santos, 2007).

Relativamente às significações parentais sobre problemas de desenvolvimento e de saúde dos filhos, Barros (2003) sugere uma sequência desenvolvimentista, organizada em três áreas principais que, segundo a autora, são as que parecem ter maior relevância para compreender as atitudes dos pais face a problemas de saúde nos seus filhos.

A primeira dimensão, *significação do sintoma/doença*, engloba as várias dimensões de identidade, causalidade, consequência e evolução, consideradas fundamentais para a análise das crenças de saúde. A noção de causalidade permite definir a forma como os pais conceptualizam o sintoma e como procuram as explicações causais do mesmo (Barros, 2003). Esta dimensão está relacionada com as sub-dimensões da dimensão *conhecimento da realidade da doença* do Modelo da Psicologia da Doença de Joyce-Moniz e Barros L. (2005, cit. por Santos, 2007) que são: possibilidade do conhecimento da doença, vulnerabilidade à doença, gravidade da doença e atribuição causal. Assim, esta dimensão integra as significações parentais sobre o conceito de saúde, o conhecimento da doença dos filhos e sobre o impacto dessa doença no desenvolvimento da criança.

Na segunda dimensão, *compreensão do processo de desenvolvimento*, aborda-se as relações entre a doença e o desenvolvimento e as possibilidades de o corrigir ou compensar (Barros, 2003). Ou seja, esta dimensão abrange as significações parentais sobre a possibilidade de controlo da doença dos filhos e sobre a atribuição da competência, a si ou a outros agentes, para esse mesmo controlo.

A terceira dimensão, *resolução de problemas/adesão às recomendações do especialista*, diz respeito às significações parentais sobre as suas capacidades para antecipar e resolver problemas (numa lógica de maior ou menor autonomia ou dependência dos profissionais), e sobre a sua decisão no que concerne à adesão aos tratamentos do seu

filho (i.é., as suas razões para esta escolha) e ao papel que se atribui em todo o processo de tratamento (Santos, 2007).

Este modelo desenvolvimentista das significações parentais tem sido estudado com diversas populações de pais com crianças com problemas de saúde e de desenvolvimento. Relativamente às significações dos pais de crianças com doenças crónicas (a)sintomáticas ou com malformações ou deficiências anatómicas e/ou fisiológicas congénitas, é de referir os estudos realizados por Santos (1997, 2007), nos quais a autora se baseou no modelo referido, hierarquizado numa sequência de cinco níveis que se organizam do mais concreto, imediato, dependente, e rígido, para o mais abstracto, autónomo, flexível, e integrador.

Em 1997, a análise das significações maternas permitiu a Santos estudar as diferenças dos níveis de desenvolvimento das significações relacionadas com diferentes tipos de problemas infantis (comportamentais e físicos). O estudo permitiu verificar que a mesma mãe utilizava níveis de significação diferentes de acordo com o tipo de problema do filho.

A autora constatou que uma percentagem mais elevada de mães expressava significações de níveis menos elevados nos problemas de alimentação e de síndrome febril, e uma maior percentagem de mães com níveis mais altos no problema de comportamento. Assim, estes resultados sugerem que estas mães percebem os problemas orgânicos como mais ameaçadores, na medida em que podem significar um maior risco para problemas de crescimento físico ou de doença grave, adoptando por isso níveis de significações menos flexíveis e procurando soluções mais concretas e mais dependentes da autoridade.

A autora sugeriu dois tipos de justificações para estas divergências. Por um lado, os problemas orgânicos são directamente mais associados ao problema de saúde inicial (doença cardíaca), e às memórias de um período de angústia e vulnerabilidade, sendo natural o sentimento de dependência mas também de segurança pela autoridade exterior. Já os problemas educacionais são mais semelhante àqueles que todas as crianças e pais enfrentam, e por isso consideram-se mais autónomas e capazes face aos mesmos. Por outro lado, a autora especula que as significações sobre problemas de saúde estão relacionadas com a vivência de uma relação mais autoritária e impositiva, característica da convivência com os médicos, sendo natural que eles continuem a ser avaliados como os mais adequados pelos próprios utentes dos serviços, sobretudo no caso destas mães de crianças.

Com efeito este estudo revelou igualmente que uma maior percentagem de mães propende a adoptar um papel passivo no controlo dos problemas da criança, atribuindo aos especialistas o poder epistemológico, esperando que estes solucionem todos os problemas da criança. Estas significações explicam a dependência da mãe pelas autoridades, o que a afasta das suas competências para cuidar do seu filho, sendo negativo para o desenvolvimento da criança.

Esta atitude passiva, e exageradamente submissa, característica dos níveis de significação mais baixos conduz a um exagero da procura de consultas, ao abandono do médico especialista ou à procura desordenada de múltiplos profissionais. Em termos de serviços de saúde estes pais tendem ser mais dependentes e desorganizados, o que, para além de envolver importantes custos económicos para os serviços, traz consequências negativas para a saúde da criança (Barros & Santos, 1999).

Ao longo deste ponto foram abordadas as concepções pessoais de saúde e doença, bem como as representações sociais e cognitivas que poderão ajudar na compreensão da procura dos serviços de saúde, nomeadamente dos SUs. No ponto seguinte pretende-se pesquisar se também os factores psicopatológicos podem contribuir para explicar a utilização dos serviços de saúde.

4. PSICOPATOLOGIA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A noção da extrema multifactoriedade das influências sobre o desenvolvimento e a saúde mental (Sameroff, 1989) tem ampliado os estudos sobre os factores de risco para a manifestação de perturbações psiquiátricas. Estes apontam por um lado a importância dos factores constitucionais, e por outro os que se relacionam com as condições em que se processa o desenvolvimento infantil.

Desde a década de 40, principalmente com os estudos de Spitz e Bowlby, que se tornou evidente que acontecimentos e experiências negativas estão associadas ao aparecimento de psicopatologia na criança. Para além disso, estes estudos mostraram que as consequências de uma mesma situação adversa divergem de criança para criança, e dependem fundamentalmente das suas características individuais, da sua reactividade e da especificidade da interacção de cada criança com a família e com o meio em geral.

A existência de factores de risco conduz para o conceito de vulnerabilidade, entendido como o conjunto de factores que predispõem a criança para desenvolver perturbações psicopatológicas. Hoje sabe-se que é num contexto interactivo, entre as características de vulnerabilidade e resiliência da criança (i.e., capacidade individual para ultrapassar favoravelmente um acontecimento negativo e desenvolver comportamentos adaptativos), que os acontecimentos negativos adquirem significado como factor desencadeante de patologia.

Tendo sido já definidos e abordados no ponto 1 deste estudo teórico os diversos contextos de risco e a sua influência no desenvolvimento, nomeadamente de perturbações psicopatológicas, neste ponto pretende-se relacionar a presença de psicopatologia com a utilização dos cuidados de saúde.

Dentro das características individuais, o temperamento da criança é considerado um dos factores que influencia positiva ou negativamente as suas capacidades de adaptação aos acontecimentos negativos, isto é, a sua vulnerabilidade. Sabe-se que a probabilidade de crianças pertencentes a famílias desestruturadas desenvolverem problemas de

comportamento é maior. Por outro sabe-se que as crianças com temperamento difícil ou com perturbações comportamentais podem influenciar o bem-estar e o equilíbrio da vida familiar e conseqüentemente a capacidade parental para cuidar dos filhos, principalmente em situações mais stressantes como é a doença, o que pode justificar a procura de serviços de saúde para resolver a situação dos filhos. Num outro ponto de vista, a decisão de procurar ajuda nos serviços de saúde perante a percepção de determinados sintomas, pode também ser influenciada por variáveis psicopatológicas dos próprios cuidadores.

4.1. Temperamento da Criança

Vários autores referem que as crianças com temperamento difícil têm sido identificadas nas últimas décadas como mais propensas à hospitalização, em virtude da sua excessiva responsividade às situações do quotidiano (Jaquess & Finney, 1994; Nyman, 1987). Outros, chegaram admitir que o risco psicopatológico seria maior para bebés difíceis do que para os bebés fáceis, mas esta associação não foi devidamente confirmada por observações posteriores.

Existem várias teorias que abordam a temática do temperamento e por isso conceptualizam diferentes perspectivas na sua definição. No entanto, todas elas concordam que o temperamento diz respeito a um conjunto de traços individuais, em parte biológicos, demonstrados desde a infância precoce e com algum grau de continuidade ao longo do tempo (Bates, 1987, 1989a; Goldsmith et al., 1987). Segundo Bates (1989a), estas características prendem-se de forma geral com as qualidades comportamentais concernentes à resposta emocional (e.g., resposta emocional positiva ou negativa aos estímulos novos ou familiares), à atenção (e.g., capacidade para se acalmar quando atinge níveis de activação emocional desorganizadores utilizando recursos atencionais) e ao nível de actividade (e.g., vigor da actividade motora, frequência e adequação da auto-modelação da actividade).

Os pioneiros no estudo do temperamento, Thomas e Chess, descreveram-no como um estilo comportamental, em vez de se focarem no conteúdo ou na motivação subjacente ao mesmo (Thomas, Chess, Birch, Hertzig, & Korn, 1963). Conceptualizaram-no como um atributo psicológico, independente de outros (e.g., atitudes ou motivações), presente desde

o nascimento, mas que pode ser modificado pelas interações com o ambiente (Thomas, Chess & Birch, 1968).

Com o intuito de operacionalizar, os autores definiram nove dimensões do temperamento: aproximação/afastamento de novas experiências; adaptação às mudanças; humor; intensidade de reações emocionais; ritmicidade do funcionamento biológico; persistência perante obstáculos ambientais; distractibilidade, nível de actividade e limiar de estimulação necessária para se obter resposta (Thomas et al., 1968). Estas dimensões temperamentais foram agregadas em descrições globais de funcionamento do bebé, permitindo constituir três grupos que definem o temperamento da criança: crianças *fáceis*, crianças *lentas no envolvimento* e crianças *difíceis*. Este último mereceu especial relevância e caracteriza um bebé com funções biológicas irregulares, com tendência para se afastar de experiências novas, adaptabilidade lenta às mudanças, reações intensas à estimulação e humor negativo frequente (Thomas et al., 1968). As crianças com estas características são vistas como mais difíceis aos olhos da maior parte dos pais.

Basicamente, o temperamento é enquadrado em duas perspectivas. Uma vê o conceito de temperamento como diferenças individuais no modo como os sujeitos se comportam, aceitando que estas diferenças individuais têm origem hereditária ou constitucional, e admitem que o meio influencia o temperamento apesar de as suas dimensões serem mais ou menos estáveis. Inserido neste grupo de teorias, Buss (1989) define o temperamento como um conjunto de traços de personalidade, hereditários que aparecem precocemente, dos quais é possível citar a emocionalidade negativa, actividade, sociabilidade e vergonha. Já Goldsmith (1989) considera que o temperamento consiste em diferenças individuais na tendência para experienciar e expressar as emoções primárias, bem como o nível de actividade motora. Também nesta linha de pensamento, Rothbart e Derryberry (1981) consideram que o temperamento está relacionado com diferenças individuais na reacção aos estímulos e na auto-regulação dessa reactividade, que surgem num período precoce do desenvolvimento. Estas características, observáveis nos comportamentos emocionais, atencionais e motores, desenvolvem-se ao longo do tempo, por influência da hereditariedade, maturação e experiência.

Bates destaca-se na perspectiva do temperamento como construção social (Bates & Bayles, 1984). Este autor atribui importância aos factores sociais na avaliação do temperamento, considerando que as diferenças se devem tanto às características intrínsecas

do bebé, como à percepção pessoal dos pais acerca da dificuldade em lidar com o comportamento da criança. Bates (1980) enfatiza o conceito de temperamento como uma percepção social, constituída tanto por componentes subjectivos como objectivos. Assim, as variáveis que fazem parte dum relato parental acerca do temperamento da criança são: o estilo comportamental da criança, as características psicológicas dos pais e uma margem de erro (Bates & Bayles, 1984). Para além destas, Mebert (1991) acrescenta ainda um quarto componente, as expectativas parentais.

A partir desta concepção, Bates, Freeland e Lounsbury (1979) desenvolveram o *Infant Characteristics Questionnaire* (ICQ) como medida global da percepção materna do temperamento difícil do bebé entre os 4 e 6 meses, tendo sido desenvolvidas mais tarde versões para os bebés de 13 e 24 meses (Bates & Bayles, 1984). A operacionalização deste instrumento foi influenciada, entre outros, pelas dimensões de temperamento definidas por Thomas e colaboradores (1968). Bates operacionaliza assim o conceito de temperamento em 4 dimensões: *chorão/difícil*, relacionado com aspectos de emocionalidade negativa; *apatia*, que avalia a emocionalidade positiva; *adaptabilidade*, que avalia as respostas da criança a situações novas; *imprevisibilidade*, que se refere à dificuldade em prever algumas necessidades do bebé (Bates et al., 1979; Bates & Bayles, 1984).

Esta teoria realça a dimensão do temperamento difícil, em parte pelas ligações observadas entre esta característica e o desenvolvimento de trajectórias desenvolvimentais menos adaptativas (Bates, 1980, 1989b). A operacionalização do temperamento difícil presente no ICQ dá relevo à quantidade de choro e dificuldade em acalmar o bebé, correspondendo a uma percepção por parte do cuidador de que a criança é muito exigente e muito irritável (Bates, 1987).

Em Portugal a versão original deste instrumento foi traduzida e adaptada para a população portuguesa saudável por Pires (1994, 1997) para bebés de 1, 3 e 6 meses de idade, bem como para uma população de prematuros com uma média de idades de 4.4 meses (Pereira, Matos & Pires, 2002). Nas versões portuguesas para idades mais precoces, somente três factores são interpretáveis: *lábil*, *encantadora* versus *apática* e *imprevisível* (Pereira et al., 2002; Pires, 1994, 1997).

Assim, valores elevados do factor *lábil* caracterizam uma percepção materna de elevada irritabilidade do bebé, presença de emocionalidade negativa deste (i.e., choro e rabugice), intensidade do protesto e dificuldade em acalmar. O factor *encantadora* versus

apática representa a percepção materna de características de emocionalidade positiva, tipo de responsividade social e o nível de actividade do bebé. Assim, valores baixos a este factor representa um bebé apático, ou seja, que é calmo (menos activo), mais sério (menor emocionalidade positiva) e que sorri ou palra menos que a maioria dos bebés, gosta menos de ser pegado ao colo ou responde de forma menos entusiasta à interacção social (menor responsividade social). A criança encantadora é por seu turno, alegre e palradora (maior nível de emocionalidade positiva), tem um nível de actividade superior, e responde de forma mais positiva à interacção social. O factor *imprevisível* refere-se à dificuldade em prever o horário e ritmo das necessidades biológicas do bebé, como o sono, fome (e.g., quando vai acordar, ter fome, mudar fralda).

Segundo Figueiredo (2001), muitos autores defendem que as percepções que as mães têm do temperamento dos seus filhos são bastante correctas e estabelecidas com base no comportamento que eles manifestam. Para Mebert (1991) as mães introvertidas, mais ansiosas, com menos auto-estima, com maior impulsividade, com mecanismos de defesa muito activos ou depressivas identificam com mais facilidade o seu bebé como temperalmente mais difícil.

Para Acebo e Thoman (1992, cit. por Figueiredo, 2001) os bebés exibem desde a nascença importantes diferenças temperamentais, que inevitavelmente influenciam a conduta dos pais. Relativamente à conduta da mãe, Van den Bloom e Hoeksma (1994, cit. por Figueiredo, 2001) reconheceram uma associação significativa entre esta e o temperamento do bebé, dado que, comparativamente às mães dos bebés com temperamento fácil, as mães dos bebés com temperamento mais difícil durante a interacção manifestavam-se mais negativas, providenciavam menos contacto visual, proporcionavam menos envolvimento afectivo, davam menos resposta aos sinais positivos do bebé e ministravam uma estimulação menos adequada.

Por outro lado, Figueiredo (2001) acrescenta que alguns estudos revelam que determinadas características da conduta da mãe, observadas na interacção com o bebé, têm um contributo importante na formação do estilo comportamental da criança. Por exemplo, Van den Bloom e Gravenhorst (1995, cit. por Figueiredo, 2001) apontam que o temperamento do bebé, nomeadamente a irritabilidade, é influenciado por características relacionadas com a mãe, determinando a conduta da criança. Também na perspectiva de diversos autores (e.g., Crockenberg & Smith, 1982, cit. por Figueiredo, 2001), o

temperamento do bebé não depende tanto do tipo de temperamento exibido à nascença, mas do tipo de conduta interactiva apresentada pela mãe, nas interacções decorridas entretanto. Por outro lado, há quem defenda que o comportamento interactivo da mãe pode também variar em função das mudanças temperamentais do bebé (e.g., Pianta, Srooufe, & Egeland, 1989, cit. por Figueiredo, 2001). Na realidade, o que muito provavelmente acontece é que, como defendem alguns autores (e.g., Pianta et al., 1989, cit. por Figueiredo, 2001), existe um sistema de influências recíprocas que pode ser também mediado por outras variáveis, tais como a personalidade da mãe ou as circunstâncias ambientais.

4.2. Perturbações Comportamentais Infantis

Autores como Cummings, Davies e Campbell (2000) defendem que a intervenção psicológica deve assentar no conhecimento dos processos de desenvolvimento normal e perturbado. A perturbação pode ser entendida como um desvio num percurso de desenvolvimento.

Na literatura encontram-se diversas teorias e linhas de investigação respeitantes à etiologia das perturbações de comportamento infantil (e.g., teorias neurológicas, sociológicas, psicanalíticas, cognitivistas e sistémicas). Também a terminologia utilizada, enquanto designação diagnóstica, tem evoluído. Termos como psicopatia, comportamento anti-social e perturbações de conduta, têm sido empregues ao abordar as perturbações de comportamento.

A avaliação, diagnóstico e intervenção em crianças com perturbações do comportamento tem sido uma das prioridades da comunidade técnica e científica. A investigação epidemiológica descritiva na área da pedopsiquiatria tem uma história relativamente longa, tendo aumentado progressivamente o número de estudos epidemiológicos sobre as perturbações em crianças e adolescentes. A epidemiologia psiquiátrica infantil fez grandes progressos a partir de 1930 (Rutter, 1989), e desde o início dos anos 80 que têm sido publicadas diversas revisões literárias que avaliam os estudos sobre distúrbios psiquiátricos. Esta nova geração de estudos, para além de fornecerem estimativas sobre a prevalência de perturbações clínicas, confirmam os resultados dos

estudos anteriores, comprovando que os distúrbios na infância e na adolescência são relativamente comuns (Roberts, Attkisson & Rosenblatt, 1998).

Segundo Roberts e colaboradores (1998), o objectivo recente da epidemiologia psiquiátrica infantil é a explicação da etiologia dos transtornos mentais. Para tal, são essenciais os dados dos estudos prospectivos e longitudinais sobre os papéis dos vários factores de risco extraídos dos domínios biológicos e psicossociais em transtornos específicos, bem como da especificidade dos efeitos desses factores. No entanto, poucos desses dados estão disponíveis. Até agora, o papel dos factores biológicos nas perturbações de crianças e adolescentes tem sido pouco estudado e compreendido. Um conhecimento mais completo da etiologia destes transtornos exige a inclusão de variáveis biológicas e genéticas nos modelos conceptuais (Roberts et al., 1998).

De acordo com os dados da American Psychiatric Association, nos EUA a prevalência de perturbações de conduta na população geral de crianças e adolescentes situava-se entre os 1.5% e os 3.4%, prevendo-se que cerca de 40% destes desenvolveriam em adultos uma personalidade anti-social (Steiner & Dunne, 1997, cit. por Benavente, 2001). Na população portuguesa não existem dados estatísticos organizados relativos à prevalência deste tipo de patologias mas, segundo Benavente (2001), a prática clínica indicia o crescimento deste tipo de perturbação.

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 3rd Edition Revised* (DSM-III-R) publicado pela American Psychiatric Association (1987), o diagnóstico das perturbações de comportamento implica a ocorrência de transgressões, roubo, furto, mentira, desobediência, fuga, invasão/destruição/dano de propriedade alheia, crueldade para com animais ou pessoas, uso de armas, confronto físico com outros e abuso sexual. Conforme este sistema de classificação, as perturbações de comportamento podem ocorrer enquanto actividade de grupo, podendo estar ou não presente a agressão física; de modo solitário, prevalecendo o comportamento agressivo, quer contra adultos quer contra pares; ou ainda de modo indiferenciado, existindo uma mistura de comportamentos dos dois tipos anteriores.

Na opinião de Roberts e colaboradores (1998), uma das chaves para a compreensão dos transtornos na criança é a compreensão do papel dos factores de desenvolvimento. Contudo, existem ainda poucos dados sobre o papel do desenvolvimento na manifestação de problemas psiquiátricos, uma vez que existem poucos dados de estudos epidemiológicos

que examinam a relação entre as metas ou etapas do desenvolvimento e os síndromes psiquiátricos.

Já em 1988, Gelfand, Jenson e Drew (cit. por Benavente, 2001) defendiam que em todas as crianças, em algumas fases do seu desenvolvimento, surgem virtualmente comportamentos perturbados, dependendo o diagnóstico da sua intensidade e frequência. No ver de Weiner (1982, cit. por Benavente, 2001), os problemas de comportamento em determinadas fases do desenvolvimento infantil não são sinónimos de distúrbio nesse mesmo desenvolvimento. Este autor defende que a incidência de outros distúrbios de desenvolvimento deve ser tida em conta na fundamentação da avaliação clínica, bem como a idade em que ocorrem os comportamentos desviantes.

Para Beardslee, Bemporad, Keller e Klerman (1983) as perturbações comportamentais podem afectar crianças de todas as idades e estadios de desenvolvimento, mas a primeira infância e a adolescência parecem ser fases particularmente vulneráveis. Enfatizando também a idade em que surgem os comportamentos desviantes, Stattin e Magnusson (1996, cit. por Benavente, 2001), discriminam dois grupos de crianças com problemas de comportamento: as crianças com sintomatologia precoce (i.e., antes dos 9 anos) e as que apresentam perturbações numa fase mais tardia. Os dois grupos podem ser diferenciados pelo facto de no primeiro haver uma elevada agressividade e perturbação na relação com os pares, contribuindo os comportamentos de desafio, destrutividade e de confronto físico para uma futura delinquência. Já no segundo existe menor agressividade e uma relação com os pares quase normal, e são variáveis como a desobediência e as ausências de casa até tarde não consentidas que têm maior relação com a delinquência futura. Nas semelhanças entre os dois grupos encontram-se os problemas escolares e de comportamento, embora em períodos diferentes do desenvolvimento.

A maioria dos problemas comportamentais infantis são específicos da idade e tendem a desaparecer com o crescimento. Quando diferem substancialmente daquilo que é esperado para a idade da criança (em termos de tipo, severidade ou duração), pode-se falar em psicopatologia e, consoante os problemas de comportamento demonstrados, em perturbação de comportamento (Benavente, 2001). Os estudos longitudinais de Eichorn (1973, cit. por Benavente, 2001) revelaram que cerca de um terço dos rapazes e raparigas apresentavam problemas como enurese, mentira, medos específicos, alterações do humor e ciúmes.

Ollendick e Hersen (1983, cit. por Benavente, 2001) distinguiram várias hipóteses que fundamentam o aparecimento de comportamentos agressivos em crianças, das quais destacam: a idade, a raça, o sexo, os factores orgânicos, as variáveis familiares (incluindo as interacções com os pais), as variáveis cognitivas e a influência dos pares e da comunicação social. Por seu lado, Gelfand et al. (1988, cit. por Benavente, 2001), sugerem como causas a violência na televisão, o divórcio e o stress na família, defendendo que este tipo de patologia surge da interacção entre vários elementos.

Stattin e Magnusson (1996, cit. por Benavente, 2001) constataram que nas crianças em que a sintomatologia surgiu mais precocemente existiam dificuldades de imposição da disciplina parental, verificando-se também uma rejeição pelos seus pares e o envolvimento com outras crianças delinquentes.

Segundo Diatkine (1985, cit. por Benavente, 2001) muitas das crianças com problemas de comportamento apresentaram patologia orgânica na primeira infância, e em particular no período perinatal. Este tipo de patologias pode desencadear complexas relações com os pais, podendo as hospitalizações, a descontinuidade do ambiente e as rupturas de relação nos primeiros anos de vida explicar os problemas futuros. Também Guedeney (1989) que as crianças com problemas psicológicos apresentam muitas vezes dificuldades escolares, ligadas quer a perturbações da atenção quer a dificuldades de aprendizagem; perturbações somáticas, que incluem problemas respiratórios e do foro otorrinolaringológico; e uma grande incidência de acidentes e comportamentos de risco.

Também a perturbação nas primeiras relações objectais, verificada na anamnese de crianças com problemas comportamentais, foi sujeita a variados estudos sobre as frustrações precoces. As pesquisas de Bowlby e de Ainsworth revelaram carências afectivas muito precoces nestas crianças (Benavente, 2001). Segundo Bowlby (1979/1982) muitos distúrbios psiconeuróticos e da personalidade são um reflexo do distúrbio da capacidade para estabelecer vínculos afectivos, em virtude de uma falha no desenvolvimento da infância ou de um transtorno subsequente. Este autor refere ainda que, os psiquiatras ao examinarem as possíveis causas de distúrbios psiquiátricos na infância identificaram, desde logo, a ausência de oportunidade para estabelecer vínculos afectivos, e as prolongadas e repetidas rupturas de vínculos estabelecidos.

Segundo Joyce-Moniz (1993, cit. por Barros, 2003) a psicopatologia do desenvolvimento encara as perturbações infantis como reacções adaptativas a situações

desviantes ou patologizantes controladas pelos adultos. Seguindo esta linha de pensamento, Barros (2003, p.26) afirma que “os problemas de saúde da criança, assim como as suas sequelas psicológicas, são, em grande parte resultado de excessos ou deficiências nas atitudes dos adultos, dos quais a criança é uma vítima razoavelmente passiva e muito impotente”.

No que diz respeito à influência da família, vários são os estudos que comprovam uma maior probabilidade de crianças e adolescentes de famílias desestruturadas apresentarem problemas de comportamento. Para Emery, Waldron, Kitzman e Aaron (1999, cit. por Benavente, 2001) é o comportamento perturbado dos pais que pode dar origem à patologia nas crianças. Kuperman, Scholsser, Lindral e Reich (1999, cit. por Benavente, 2001) associam o alcoolismo e a personalidade anti-social dos pais ao maior risco de desordens psiquiátricas na infância. O diagnóstico de perturbação de comportamento em crianças está, por seu lado, relacionado com um estilo parental disfuncional, abuso de álcool e de marijuana. Também Seifer, Dickstein e Sameroff (1998) verificaram que os filhos de pais com problemas psicopatológicos fazem parte do grupo de risco para consequências desenvolvimentais negativas. Com efeito, muitas destas crianças apresentam os mesmos sintomas psicopatológicos apresentados pelos pais, ou ainda outros como problemas escolares, delinquência ou uso de drogas.

Para Masten e Coastworth (1995) vários recursos contribuem para o desenvolvimento de atitudes para a promoção de factores protectores individuais e do alívio de sintomas psicopatológicos, dos quais se destacam o comportamento dos pais e as habilidades intelectuais e sócio-económicas. Na opinião destes autores, as bases genéticas de psicopatologia nos pais proporcionam um ambiente inadequado para a criança, o que pode influenciar a vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações. Por outro lado, a competência pode funcionar tanto como risco como factor protector para subsequente psicopatologia, no sentido em que tanto pode aumentar a resiliência a elementos stressores, como pode aumentar a vulnerabilidade para outros sintomas psicopatológicos num contexto de risco. Com efeito, as adversidades podem desgastar os factores protectores individuais e consequentemente aumentar os sintomas psicopatológicos (Masten & Coastworth, 1995).

No que respeita às variáveis familiares, existe uma complexa ligação entre causa e consequência. Na opinião de Frick e Jackson (1993) e Wamboldt e Wamboldt (2000) (cit.

por Benavente, 2001), as famílias podem ser geradoras de perturbação, mas muitas vezes os problemas familiares emergem como resposta aos problemas da criança. Neste sentido, Kazdin e Wassel (2000, cit. por Benavente, 2001), consideram que o melhoramento do comportamento desviante da criança tem repercussões no funcionamento parental e familiar.

A estrutura e a renda familiar podem também gerar problemas de comportamento na criança e no adolescente. Também na investigação desenvolvida por Wahler (cit. por Benavente, 2001) se verificou uma relação significativa entre o baixo estatuto sócio-económico da família e o risco de perturbação de comportamento nas crianças. O mesmo estudo revelou que é nos rapazes mais velhos e em famílias mais disfuncionais que prevalece o diagnóstico de perturbação de comportamento. Haggerty e colaboradores (2000) afirmam que essa influência é transmitida através do controle parental e dos processos sociais, parte integrante do ambiente microssocial dessas famílias. Esse modelo mediacional explica, em parte, a aproximação entre as perspectivas psicológicas e sociais os problemas de comportamento.

No que diz respeito à evolução e consequências, são diversos os estudos que relacionam este tipo de patologia com a criminalidade, perturbações psiquiátricas, toxicod dependência e dificuldades de inserção social na idade adulta. Assim, existe um risco acrescido de futura desadaptação social nos jovens e adultos que em crianças apresentaram perturbações de comportamento, estando a gravidade associada à precocidade dos primeiros comportamentos desviantes. Neste sentido, importa tentar compreender e diagnosticar o problema o mais precocemente possível de modo a iniciar-se tratamento atempado e adequado (Benavente, 2001).

Por outro lado, como refere Fonagy (1998), diversos estudos demonstram que muitas das perturbações mentais infantis (que remontam muitas vezes a perturbações afectivas da primeira infância) parecem persistir ou mesmo progredir ao longo de toda a infância, adolescência e idade adulta, nomeadamente as perturbações do comportamento, que o autor descreve e sobre as quais se debruça, como principal alvo de intervenções preventivas precoces.

As alterações de comportamento são um sintoma, que pela disrupção que provocam na dinâmica familiar constituem um dos principais motivos de consulta pedopsiquiátrica na primeira infância (cerca de 1/3 do total dos casos). Trata-se contudo de um sintoma que é

comum a diversos quadros clínicos e que corresponde a diferentes situações do ponto de vista psicopatológico, cuja compreensão é fundamental para uma adequada intervenção terapêutica e prognóstica.

4.3. Psicopatologia nos Serviços de Saúde

Para Roberts e colaboradores (1998), compreender a prevalência dos transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes é uma condição essencial para a prestação de cuidados de saúde. Além da análise do papel dos factores de risco na etiologia, é também uma necessidade para a comunidade científica, os estudos epidemiológicos que visam compreender os factores que afectam a duração e recorrência de perturbações na criança, e em particular os factores que influenciam a procura dos serviços de saúde (Costello & Angold, 1993, cit. por Roberts et al., 1998). Roberts e colaboradores (1998) salientam ainda que é essencial compreender a relação entre a presença ou ausência de transtornos psiquiátricos e a utilização de serviços de saúde, e como a presença de um diagnóstico e do seu nível de comprometimento vital podem ser combinados para estimar a necessidade de cuidados.

O *Great Smoky Mountains Study of Youth* (Burns et al., 1995; Costello et al., 1996) destaca-se pelo seu grande contributo no conhecimento epidemiológico dos distúrbios psiquiátricos. Trata-se de um estudo prospectivo sobre a incidência e prevalência de perturbações abrangidas pelo DSM-III-R, em crianças com 9, 11 e 13 anos de idade. Este estudo analisou também o papel de um grande arsenal de possíveis factores de risco, entre eles, idade, sexo, status sócio-económico, residência em meio rural ou urbano, saúde física, desenvolvimento da criança, capacidade familiar da criança com problemas de saúde mental, depressão materna e história psiquiátrica familiar. Apenas os factores biológicos não foram avaliados neste estudo. Outra característica fundamental deste estudo é a ligação dos dados epidemiológicos com os dados sobre a utilização de serviços de saúde mentais.

Os resultados deste estudo mostraram a prevalência de 63.7% de crianças sem critérios diagnósticos e que não tinham qualquer tipo de perturbação funcional, 9.1% que preenchiam critérios diagnósticos mas não eram funcionalmente perturbados, 16.1% que não satisfaziam os critérios diagnósticos mas tinham sintomas suficientes de perturbação, e 11.1% que apresentavam os dois critérios, diagnósticos e de perturbação funcional. Este

estudo revelou ainda que 20.3% das crianças apresentavam critérios diagnósticos combinados com o pai ou a mãe (Burns et al., 1995).

Já anteriormente, Costello, Edelbrock, Costello, Dulcan, Burns e Brent (1988) efectuaram um estudo sobre problemas emocionais e comportamentais observados em crianças atendidas num serviço de CSP. Neste estudo, os pais de 789 crianças entre os 7 e 11 anos de idade preencheram um questionário sobre o comportamento da criança, o *Child Behavior Checklist* (CBCL). Das 195 (24.7%) crianças identificadas pelo referido questionário como tendo algum tipo de perturbação, 126 foram submetidas a avaliação psicológica. Um conjunto de 174 crianças sem distúrbios foi também avaliado. Os pediatras diagnosticaram um ou mais problemas emocionais e comportamentais em 5.6% das crianças, em comparação com 11.8% baseados na entrevista dos pais. Relativamente às crianças sem distúrbios, os pediatras verificaram que 84% não tinham qualquer desordem psiquiátrica, mas identificaram 17% de crianças com problemas emocionais ou comportamentais. Perante estes resultados, Costello e colaboradores (1988) sugeriam que os problemas emocionais e comportamentais infantis deveriam ser encarados como “a nova morbilidade oculta”.

Em 1990, Jensen, Bloedau e Davis levaram a cabo uma investigação para determinar como outros factores de risco, para além dos sintomas físicos, se relacionavam com a utilização dos serviços de saúde. Os autores verificaram que, embora os níveis totais dos sintomas das crianças explicassem 27.6% da variação na utilização dos serviços de saúde, outros factores (e.g., tamanho da família, história familiar de divórcio, stress e psicopatologia parental) explicavam os 13.2% adicionais da variação nessa utilização. Para os autores, estes resultados mostravam que os profissionais e planeadores dos cuidados de saúde deveriam avaliar cautelosamente todos os factores e variáveis para além dos sintomas revelados pelas crianças, a fim de compreender melhor a utilização dos serviços de saúde por esta população, aumentando a eficácia dos esforços de prevenção e intervenção.

Mais tarde, em 1998, Lavigne e colaboradores elaboraram um estudo para analisar a relação entre a psicopatologia e os cuidados de saúde em crianças em idade pré-escolar (2 a 5 anos). Os autores concluíram que existe uma correlação consistente entre a utilização dos serviços de saúde e psicopatologia infantil. Os resultados deste estudo demonstraram uma relação entre o uso aumentado do SU e o diagnóstico de DSM-III-R, e

ainda que os maiores distúrbios foram associados a poucas visitas aos cuidados de saúde primários e a maior procura dos SUs.

Mais especificamente, ten Brinke, Ouwerkerk, Zwinderman, Spinhoven e Bel (2001) efectuaram uma investigação para verificar se o transtorno psiquiátrico em doentes com asma grave predispunha para o aumento da utilização de serviços de saúde. Os autores compararam a utilização dos cuidados de saúde por pacientes com asma grave, com e sem perturbações psicológicas. Dos 98 sujeitos, 21 foram considerados como casos psiquiátricos, sendo que 77 dos pacientes não mostraram nenhuma desordem psiquiátrica. Os resultados do estudo mostraram uma evidente associação entre disfuncionamento psicológico e o aumento da utilização dos cuidados de saúde dentro de um grupo de doentes com asma grave. Com efeito, os autores verificaram que 71% dos casos psiquiátricos consultaram o clínico geral quatro ou mais vezes durante o ano, em comparação com 30% dos pacientes asmáticos sem qualquer psicopatologia, e que 71% dos perturbados necessitou de duas ou mais visitas ao SU contra 31% dos não perturbados. Por outro lado, os pacientes asmáticos com patologia psiquiátrica, em comparação com os pacientes com asma grave sem transtorno psiquiátrico, apresentaram 11 vezes mais o risco de dois ou mais agravamentos da doença física, e quase 5 vezes mais o risco de dois ou mais internamentos hospitalares durante o ano. Em conclusão, segundo os autores, as perturbações psicológicas contribuem, independentemente da gravidade da doença física, para o aumento da morbilidade e dos custos com os cuidados. Resultados semelhantes foram observados em outras doenças crónicas.

Tendo em conta que, a psicopatologia é também frequente entre os adolescentes e pode ser causa de perturbações educacionais, ocupacionais e sociais significativas, Russell, Subramanian e Russell (2008) realizaram um estudo na Índia, em 100 sujeitos que recorreram a um serviço de saúde para adolescentes, devido a qualquer alteração de saúde. Estes foram avaliados para a detecção de qualquer perturbação psicopatológica através da CBCL e da *International Classification of Disease: 10th Edition* (ICD-10). As alterações funcionais e físicas foram determinadas pela *Child Global Assessment Scale* (CGAS).

Após o estudo, os autores verificaram que todos os adolescentes seleccionados apresentavam alterações físicas significativas, indicadas por valores baixos de CGAS, quer apresentassem ou não qualquer tipo de psicopatologia. No entanto, os adolescentes com transtornos psiquiátricos tiveram significativamente mais comprometimento do que os sem

psicopatologia. Apesar das alterações observadas em adolescentes sem psicopatologia se atribuírem sobretudo a doenças do foro médico, pelas quais procuraram cuidados de saúde, estes autores defendem que os adolescentes ao recorrerem a um serviço de saúde devem ser avaliados não só pelos sintomas físicos, mas também pela sintomatologia do foro psicológico. Com efeito, este estudo revelou também que em 8% dos adolescentes observados no serviço de saúde foi diagnosticado um sintoma psicopatológico, sendo esta percentagem apenas ligeiramente inferior aos 9.5% e 12.5% da taxa de prevalência relatada por inquéritos realizados na comunidade britânica e indiana respectivamente. Estes resultados demonstram que a prevalência de psicopatologia entre os adolescentes atendidos serviços de saúde é tão elevada como na população geral.

Esta ideia é também defendida por Garland, Hough, McCabe, Yeh, Wood & Aarons (2001, cit. por Russell et al., 2008), segundo os quais existe uma alta prevalência de psicopatologia entre a população adolescente. A psicopatologia na adolescência tem o potencial de resultar em distúrbios consideráveis, que frequentemente persistem na idade adulta, e pode gerar uma grande carga social se não for identificada e tratada precocemente. Todavia, apesar destes intimidantes números e os encargos relacionados com a morbilidade, as necessidades relacionadas com a saúde mental são muitas vezes ignoradas porque os serviços disponíveis são insuficientes (Laukkanen, Pylkkanen, Hartikainen, Luotoniemi, Julma & Aalberg, 2003, cit. por Russell et al., 2008). Em países em vias de desenvolvimento os CSP são muitas vezes o primeiro passo para a procura de saúde mental, e por vezes é o único contacto que os adolescentes têm com os profissionais de saúde para abordar uma miríade de problemas deste nível. Em países industrializados são os pediatras dos CSP que muitas vezes lidam inicialmente com os adolescentes que necessitam de cuidados de saúde mental (Rushton, Bruckman & Kelleher, 2002, cit. por Russell et al., 2008), contudo são ainda necessários modelos mais eficazes nestes países.

Chocrón, Vilalta, Legazpi, Auquer e Franch (1995) realizaram um estudo com o objectivo de determinar a prevalência de psicopatologia entre os que recorrem a um CSP (com idades entre os 15 e os 65 anos) e verificar a sua distribuição diagnóstica usando os critérios do DSM-III-R. Os autores verificaram a presença de psicopatologia em 38.8% dos sujeitos, em que 10.3% apresentavam depressão (6% depressão maior e 4.3% distímia), 13.8% ansiedade (7.3% ansiedade generalizada, 3% ataque de pânico e 3% transtorno obsessivo-compulsivo) e 9.5% transtorno de ajustamento. Deste modo, estes autores

concluíram que, um em cada três pacientes que recorrem a um serviço de saúde sofre de algum tipo de distúrbio psiquiátrico.

Hoje em dia é sabido que existem diferenças significativas no que diz respeito à atenção que cada indivíduo dá aos acontecimentos internos e à possibilidade de os definir como sintomas de doença. Os traços de neuroticismo ou as emoções negativas aumentam o risco de o indivíduo dar atenção aos sintomas e de os rotular como doença. Bennett, Smith e Gallacher (1996), ao examinarem as diferenças entre dois grupos de indivíduos que recorreram a um SUH com queixas de dor no peito, constataram que aqueles a quem foi diagnosticado dores não associadas a problemas cardíacos apresentavam elevado grau de neuroticismo e pontuações mais altas na percepção de sintomas. Pelo contrário, no grupo de sujeitos onde foi diagnosticado enfarte do miocárdio as pontuações não diferiam dos valores da população geral.

Mewes, Rief, Brähler, Martin e Glaesmer, (2008) referem que os sintomas de somatização são comuns na população geral e têm especial interesse para investigações devido à sua influência na utilização dos cuidados de saúde. Muitos estudos mostram que os sujeitos com perturbações somáticas são grandes utilizadores dos CSP e secundários, e em muitos casos sem melhoria dos sintomas.

Segundo Almeida (2006) vários estudos têm analisado as doenças psiquiátricas nos utentes dos CSP e têm encontrado uma prevalência que varia entre 14 a 36% em países ocidentais. Este autor menciona que os somatizadores representam uma considerável percentagem de UF dos CSP, e apesar de não existirem dados da sua prevalência em Portugal, um dos poucos estudos que analisa a saúde e a doença neste país (Cabral, 2002) refere que uma parte dos utentes portugueses dos CSP tem preocupações hipocondríacas, o que pode indiciar a existência de uma significativa percentagem de somatizadores. Deste modo, pelas implicações individuais e sociais, a somatização nos serviços de saúde torna-se num fenómeno clínico relevante.

Almeida (2006) enumera um conjunto de estudos que demonstram que os somatizadores representam uma sobrecarga para o sistema de saúde, quer pelo número excessivo de consultas médicas e pedidos repetidos de exames complementares de diagnóstico, quer pelo facto de serem considerados difíceis e desafiadores para os próprios profissionais de saúde. Além disso, estes pacientes sofrem de um grande desajustamento a

nível funcional, associado a uma elevada comorbilidade de perturbações psiquiátricas que lhes acarreta um grande sofrimento físico e mental.

Dos estudos revistos, Almeida (2006) salienta o estudo epidemiológico mais abrangente de Gureje e Simon (1999). Realizado em treze países (Turquia, Grécia, Alemanha, Índia, Nigéria, Holanda, Reino Unido, Japão, França, Brasil, Chile, Itália e EUA) teve como objectivo estudar a incidência e a persistência do transtorno de somatização numa amostra alargada de 5438 sujeitos. Os autores concluíram que a prevalência da somatização nos CSP era de 19.7%, e que ela tende a persistir ao longo do tempo. Neste caso, passado um ano, constataram que esta perturbação permanecia em cerca de 45.9% dos sujeitos.

Os somatizadores constituem um dos grupos clínicos encontrados entre os UF, representando cerca de um terço dos utilizadores de um CS finlandês, tal como constatou Jyväsjarvi (2001). Nesta investigação foram igualmente encontradas associações significativas entre a somatização no sexo feminino e a utilização frequente dos cuidados de saúde.

No ver de Nanke e Rief (2003, cit. por Mewes et al., 2008), os somatizadores utilizam mais os serviços de saúde devido ao número de sintomas que têm, mas também porque geralmente apresentam um limiar para a procura do médico mais reduzido. O limiar para a procura médica pode ser entendido como uma intenção geral de visitar um médico. No entanto, não está claro se o limiar geral para a procura de cuidados, no que se refere a uma situação hipotética com diferentes sintomas, pode prever o comportamento real. Um baixo limiar significa que as pessoas têm uma maior disponibilidade geral para recorrer ao médico, enquanto que pessoas com um elevado limiar não tendem a visitar os médicos pelos mesmos sintomas.

Tal como já foi referido, a procura dos cuidados de saúde é na realidade influenciada por uma série de factores. O estudo de Mewes e colaboradores (2008) teve como objectivo compreender as razões para a utilização dos cuidados de saúde numa amostra de sujeitos alemã com e sem somatização. Os autores levantaram a hipótese de que a elevada procura de cuidados de saúde não se deve apenas ao maior número de sintomas físicos mas também em parte devido à redução do limiar de decisão para a procura de cuidados médicos. Os resultados do estudo mostraram que os indivíduos com mais sintomas somáticos eram mulheres mais velhas, com *scores* mais elevados de



psicopatologia (com relevância para a depressão e ansiedade) e maior procura pelos cuidados de saúde. A mesma investigação revelou ainda que o factor mais forte para a procura dos cuidados foi a somatização, isto é, sujeitos com mais sintomas procuraram cuidados médicos com mais frequência. O emprego, o limiar de decisão de procura médica, a sintomatologia pós-traumática, a idade e a ansiedade, também mostraram uma relação positiva com o número de visitas ao médico. Os sujeitos reformados ou desempregados apresentavam um limiar de decisão de procura médica inferior, tinham mais sintomatologia pós-traumática, eram mais velhos, apresentavam maior ansiedade e procuraram mais vezes os cuidados de saúde. Só o factor depressão mostrou uma relação negativa. As pessoas que apresentaram scores altos nos outros factores, mas baixa depressão, foram as que mais procuraram os cuidados de saúde durante um ano.

Segundo Pilowsky (1997, cit. por Mewes et al., 2008), o limiar de decisão de procura médica não é um mero resultado da sintomatologia, mas resulta também do comportamento de doença culturalmente aprendido. Enquanto que algumas pessoas com determinados sintomas procuram a ajuda médica, outras com os mesmos sintomas não o fazem.

A teoria da somatização foi também investigada na população pediátrica. Campo, Jansen-McWilliams, Comer e Kelleher (1999) utilizaram os relatos dos pais de crianças entre os 4 e 15 anos acerca da sua história de dor e das visitas ao médico por sintomas inexplicáveis, para construir uma classificação da somatização em cuidados pediátricos. Os autores verificaram que os sintomas somáticos eram mais frequentes em adolescentes do sexo feminino, pertencentes a minorias étnicas, residentes em áreas urbanas, com famílias disfuncionais e com baixa educação parental, tendo sido associados a menor desempenho escolar infantil e à perturbada percepção de saúde dos pais. Com este estudo, os autores concluíram que as crianças com sintomatologia somática têm um risco acrescido de desenvolver transtornos psiquiátricos, disfunção familiar, debilitação funcional, e de usar mais frequentemente os serviços de saúde. Neste sentido, também Campo e colaboradores (1999) consideram que são fundamentais investigações adicionais, e que os profissionais de saúde devem reconhecer a necessidade de uma avaliação cuidadosa de potenciais problemas comportamentais na população pediátrica.

Lavigne e Faier-Routman (1992), aos terem revisto 87 estudos sobre a adaptação psicológica das crianças à doença física, concluíram que crianças com perturbações físicas

apresentam maior risco de desenvolverem problemas de ajustamento e sintomas de internalização e externalização. Os mesmos autores concluíram ainda que o auto-conceito de crianças com perturbações físicas, em todos os estudos, parece ser significativamente mais baixo do que em crianças saudáveis.

4.4. Psicopatologia e Necessidades Parentais

A importância central num SU recai sobre os pacientes que sofrem de um problema de saúde. Contudo Monclús e colaboradores (1998) defendem que se deve reconhecer que os acompanhantes dos doentes sentem com maior ou menor intensidade o estado de angústia, preocupação e insegurança que a própria situação de doença origina. Segundo estes autores, a pessoa mais chegada ao doente é aquele que o acompanha ao SU, o que pode ser reflexo da importância que se dá a este acto como um acontecimento significativo.

Gameiro (1992, p.187) considera a família como “uma rede complexa de relações e emoções que não são passíveis de ser pensadas com os instrumentos criados para os indivíduos isolados”. Na mesma linha de pensamento, para Relvas (1996), cada família, enquanto sistema é um todo, mas é também parte de sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra (comunidade e sociedade). Nesta complexa rede de interações, o comportamento de um membro da família, afecta o dos outros e o da própria família enquanto sistema. Reciprocamente, as mudanças verificadas no sistema familiar afectam o comportamento individual de cada um dos membros.

Douma, Dekker e Koot (2006) mencionam vários estudos (Angold et al., 1998; Emerson, 2003; Floyd & Gallagher, 1997; Hayden & Goldma, 1996; Maes et al., 2003; Wallander et al., 2003) que mostram que os pais de crianças e adolescentes com problemas emocionais ou comportamentais, comparativamente aos pais de jovens com desenvolvimento considerado normal, apresentam muitas vezes níveis de stress parental mais elevado, que são susceptíveis de exceder as próprias capacidades para cuidar dos seus filhos. Consequentemente, estes pais necessitam de vários pilares de apoio, desde informativos, familiares, sociais, médicos ou financeiros. A compreensão dos factores que geram a necessidade de tipos específicos de apoio é fundamental para identificar as famílias necessitadas. Contudo, apesar da ajuda a estas famílias ser justificável, não

existem dados quantitativos disponíveis de amostras representativas que descrevam as reais necessidades dos pais de filhos com problemas emocionais ou comportamentais (Douma et al., 2006). Os estudos na população geral são muitas vezes limitados a investigar as variáveis relacionadas apenas com as necessidades em crianças com distúrbios psicológicos.

No entanto, os resultados dos últimos estudos oferecem indicações sobre as variáveis que poderão estar associadas à necessidade de apoio por parte dos pais de jovens psicologicamente perturbados. É já sabido que o tipo de problema que uma criança experiencia está relacionado com as necessidades parentais, sendo que os pais cuja criança sofre de problemas emocionais ou comportamentais são os que evidenciam maiores necessidades (Wu et al., 1999, cit. por Douma et al., 2006). Para além disso, outros estudos citados por Douma e colaboradores (2006) revelaram diferentes variáveis relacionadas com a criança (e.g., idade, sexo e etnia), com a mãe (e.g., nível educacional e psicopatologia) e com a família (e.g., apoio social) que estavam associados com a necessidade de cuidados de saúde mental infantil (Horwitz et al., 2003; Poduska, 2000; Verhulst & Van der Ende, 1997; Wu et al., 1999).

No seu estudo, Douma e colaboradores (2006) constaram que, relativamente à percepção parental, 56.7% dos pais perceberam nos seus filhos problemas emocionais e comportamentais, 21.3% só comportamentais e 22% somente problemas emocionais. A maioria (88.2%) dos pais destes jovens necessitou de algum tipo de apoio (um ouvido amigo, cuidados médicos, informações). O estudo revelou que os pais que percepcionavam tanto problemas emocionais como comportamentais nos seus filhos eram os que necessitavam de mais apoio, seguidos pelos pais que identificavam apenas problemas comportamentais, sendo os que apenas percebiam problemas emocionais os menos necessitados. Com efeito, segundo os autores, parece que os problemas emocionais são menos perturbadores ou têm menos impacto sobre a vida familiar do que os problemas comportamentais. Para além disso, também a psicopatologia parental, as preocupações com o filho e os problemas familiares aumentam a probabilidade de necessitar de maior apoio, uma vez que estas circunstâncias aumentam o stress parental.

O mesmo estudo revelou que, o facto de os pais não receberem apoio, apesar de terem necessidade, estava relacionado com o reconhecimento do próprio nível de necessidade. Com efeito, os pais que assumiram ter maior necessidade de apoio receberam

maiores ajudas do que os que indicaram ter uma necessidade mais baixa. As razões principais dos pais para não procurarem ajuda estavam relacionadas com a sua avaliação do problema da criança como não sério ou provisório, com o facto de desconhcerem os apoios existentes ou de quererem eles mesmos resolver primeiramente o problema.

Por outro lado, a psicopatologia parental pode também influenciar negativamente a sensação de competência para os próprios pais lidarem com os problemas dos filhos. O estudo mostrou que estes resultados se verificam não só para crianças que necessitam de cuidados de saúde mental, mas também de outros tipos de cuidados. Os resultados mostraram que os problemas psicológicos e físicos foram relacionados com a necessidade de algum tipo de "alívio de cuidados". Estes tipos de apoio são particularmente importantes por aliviarem o fardo sobre os pais, que é provavelmente maior quando estas condições de stress estão também presentes.

Douma e colaboradores (2006) concluíram que a maioria dos pais sentem várias necessidades de ajuda e apoio que raramente são satisfeitas. Os prestadores de cuidados devem fornecer informação, actividades, cuidados de saúde mental da criança e aconselhamento parental. Além disso, os pais necessitam ser informados sobre onde e como podem obter que tipo de sustentação.

Rematando, as alterações de saúde mental são consideradas entre as doenças mais inquietantes na nossa época, pelo aumento da morbilidade de alguns dos seus tipos clínicos mas também porque afectam de forma mais aguda a tranquilidade, o bem-estar e o equilíbrio da vida familiar e da comunidade.

Ao longo desta parte realizou-se um estudo sobre as principais teorias concernentes à temática em estudo. Analisados os principais contributos teóricos e caracterizado o estado da arte relativamente ao domínio investigado, parte-se desta forma para o estudo empírico, no sentido de dar resposta à problemática levantada.

PARTE DOIS: ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

Neste capítulo é descrito o desenho da investigação que foi traçado com vista a obter respostas ao problema de investigação levantado, e baseado num enquadramento metodológico justificado pelas opções epistemológicas. Assim, são apresentadas as questões subjacentes à investigação, formuladas em função da revisão teórica, é feita uma caracterização dos instrumentos utilizados, e são relatados os principais passos e procedimentos adoptados que permitiram a concretização do estudo. Por se ter considerado relevante na justificação da escolha do campo de estudo e na compreensão da selecção da amostra, é também feita uma breve descrição do serviço onde foi levada a cabo a investigação.

1. PRINCÍPIOS EPISTEMOLÓGICOS E ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS

Na perspectiva de Canário (2003, p.1), a relação entre o científico e o natural “é marcada, em todas as circunstâncias, pela complexidade, mas é possível estabelecer uma distinção fundamental”. Assim, enquanto as ciências naturais não têm qualquer influência no comportamento dos objectos de estudo, o mesmo não acontece com as ciências relacionadas com o mundo social, como é o caso da Psicologia. O mesmo autor acrescenta ainda que, “o conhecimento do social é constitutivo da própria realidade e contribui para a modificar” (p.1). Neste sentido, os acontecimentos de índole social implicam uma dimensão histórica e cultural obrigatórias, bem como uma contextualização própria, que os influencia e condiciona, tornando-os únicos e singulares, diferenciando-os dos acontecimentos de ordem natural.

Enquanto ciência, a Psicologia procura “descrever, explicar, prever e controlar o comportamento humano” (Almeida & Freire, 1997, p. 20). Como todas as outras ciências, a Psicologia procura os princípios gerais, isto é, as uniformidades subjacentes que os diversos acontecimentos têm em comum. Na realidade, um único acontecimento em si mesmo constitui pouco significado, importando de facto o que esse acontecimento (objecto ou pessoa) tem em comum com outros. Espera-se desta forma descobrir uma via de regresso para compreender o acontecimento individual, podendo ter posteriormente aplicações práticas (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003).

Almeida e Freire (1997, p. 20) definem ciência como,

um modelo de conhecimento rigoroso, metódico e sistemático que pretende otimizar a informação disponível em torno de problemas de origem teórica e/ou prática (...), sendo a sua principal função a compreensão, explicação, predição e controlo dos fenómenos. Assim, e cada vez mais, a ciência apoia a tomada de decisões e os processos de mudança da realidade.

O conhecimento pode ser adquirido sob variadas formas. De todos os métodos de aquisição de conhecimento, a investigação científica é, para Fortin (1999), o mais rigoroso e o mais aceitável, dado que assenta num processo racional. Neste sentido, para a mesma

autora, a investigação científica é um processo sistemático e rigoroso que permite examinar fenómenos, com vista a obter respostas para questões precisas, e que leva à aquisição de novos conhecimentos. Desta forma, a investigação permite alargar o campo de conhecimentos na disciplina a que diz respeito e facilitar o seu desenvolvimento enquanto ciência.

Seguindo esta linha de pensamento, Berger (1992, p. 25) refere que o objectivo do papel da investigação baseia-se em “trabalhar o saber de que as pessoas são portadoras, e não, o de produzir saberes sobre as pessoas coisificadas que elas não seriam capazes de saber...”. Ou seja, o conhecimento provém de questões que se colocam, de expectativas que se criam, de hipóteses que se põem e se confirmam ou não, de descobertas e experiências que se fazem. É desta forma que o indivíduo constrói, desenvolve e aperfeiçoa o seu conhecimento acerca do mundo que o rodeia, a sua própria realidade, a globalidade do seu saber. É através da investigação que se pesquisa, se observa, se explora, se analisam problemas e situações, e se constroem resultados.

Neste contexto, qualquer tipo de investigação tem em vista o acesso a uma parte do real, delimitado em função de um problema, constituindo-se numa forma de conhecimento baseado numa metodologia rigorosa e numa racionalidade empiricamente esclarecida.

A garantia da qualidade dos resultados de uma investigação é um imperativo epistemológico e ético que deve ser considerado, no sentido da credibilidade e da adequação aos propósitos da disciplina em que a mesma se integra. Por conseguinte, desde a formulação do problema à interpretação dos resultados, várias etapas e operações são determinantes para garantir a adequação da informação aos objectivos do estudo e, consequentemente, a qualidade dos resultados. É na fase metodológica que são determinados os métodos necessários para atingir a resposta aos objectivos formulados. Isto implica escolher um desenho de investigação adequado ao estudo pretendido, definir a população e amostra, determinar as variáveis e escolher os métodos de colheita e análise de dados (Fortin, 1999).

Posto isto, este estudo empírico inicia-se com a delimitação do problema e a definição dos objectivos, que projectam por si mesmo o tipo de estudo necessário para a sua concretização.

1.1. Problemática, Objectivos e Questões de Investigação

Como refere Fortin (1999), qualquer investigação surge perante a necessidade de ultrapassar uma situação considerada como problemática, isto é, que origina uma inquietação, exigindo conseqüentemente a compreensão e explicação do fenómeno observado. Por outro lado, a formulação de um problema deve ter em conta a pertinência da exploração empírica da questão e a susceptibilidade para contribuir para o progresso do conhecimento.

No estudo teórico que constitui a primeira parte do presente trabalho desenvolveu-se a teoria subjacente à problemática em estudo. Tal desenvolvimento permitiu delinear um corpo de conceitos que, servindo como enquadramento teórico da investigação, orientou igualmente a estruturação do modelo de investigação que se pretendeu desenvolver com vista à abordagem da problemática levantada.

A bibliografia sobre a utilização dos serviços de saúde é consensual e evidencia que actualmente a inapropriada e excessiva procura dos SUs afecta todo o sistema de saúde português. Esta situação é também observada nos SUPs onde cada vez mais se verifica um super-povoamento dos mesmos, constatando-se o uso indiscriminado por parte dos pais. Relativamente a esta problemática, a já existência de alguns estudos demonstra a preocupação em compreender os factores relacionados com a procura inadequada dos SUs. O estudo teórico anteriormente efectuado mostrou que, em Portugal, as investigações acerca desta temática baseiam-se fundamentalmente em descrições de factores sócio-demográficos e na relação desta realidade com a própria organização do SNS, revelando a existência de algumas lacunas, nomeadamente no que diz respeito a determinantes psicológicos. Do mesmo modo, sendo igualmente conhecidos os riscos para o desenvolvimento infantil resultantes do contacto das crianças com o ambiente hospitalar, considerou-se esta problemática merecedora de toda a atenção e empenho.

Desta feita, tendo em conta esta realidade, bem como o confronto diário da investigadora no exercício da sua actividade profissional com o número exagerado de crianças que recorrem indevidamente aos SUPs, e partindo-se do princípio que a procura dos SUPs é influenciada por uma série de factores, tal como é mostrado por vários estudos praticados nesta área, desenvolveu-se a presente investigação partindo da questão: *quais*

são os contributos da psicologia para a compreensão da utilização inapropriada dos Serviços de Urgência Pediátrica?

Os objectivos deste estudo foram estabelecidos com base na revisão bibliográfica efectuada acerca da temática em análise e tendo em conta o estado actual do conhecimento. Assim, o *objectivo geral* consiste em identificar factores psicológicos que possam contribuir para a compreensão da utilização inapropriada dos SUPs. Para uma melhor orientação da investigação traçaram-se como *objectivos específicos*:

- Caracterizar as crianças e respectivos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP;
- Descrever factores contextuais da utilização inapropriada do SUP;
- Identificar as crenças dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP;
- Analisar a percepção dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP sobre a gravidade e a urgência do problema de saúde das crianças;
- Analisar a percepção dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP sobre a fragilidade, o temperamento e os problemas emocionais e comportamentais das crianças;
- Identificar sintomas psicopatológicos nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP;
- Verificar se os acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP são emocionalmente perturbados;
- Avaliar se o NCA está relacionado com as crenças dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP;
- Avaliar se NCA está relacionado com as percepções dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP sobre a fragilidade, o temperamento e os problemas emocionais e comportamentais das crianças;
- Avaliar se o NCA está relacionado com a presença de perturbação emocional nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP;
- Verificar se a presença de perturbação emocional nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP está associada à sua percepção sobre a gravidade e a urgência do problema de saúde das crianças;

- Verificar se a presença de perturbação emocional nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP está associada à sua percepção sobre a fragilidade, o temperamento e os problemas emocionais e comportamentais das crianças.

Para operacionalizar os objectivos, favorecendo o desenvolvimento e a condução do estudo, foram delineadas as seguintes questões de investigação:

- Q1.** Quem são as crianças e os seus acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP?
- Q2.** Quais os factores contextuais relacionados com a utilização inapropriada do SUP?
- Q3.** Quais são as crenças que os acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP têm sobre este serviço?
- Q4.** Quais são as percepções que os acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP têm sobre a gravidade e a urgência do problema de saúde das suas crianças?
- Q5.** Quais são as percepções que os acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP têm sobre a fragilidade das suas crianças?
- Q6.** Os acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP percebem as suas crianças como difíceis?
- Q7.** Quais são as percepções que os acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP têm sobre os problemas emocionais e comportamentais das suas crianças?
- Q8.** Os acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP têm sintomas psicopatológicos?
- Q9.** Os acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP são emocionalmente perturbados?
- Q10.** O NCA está relacionado com as crenças dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP?
- Q11.** O NCA está relacionado com a percepção dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP sobre a fragilidade das suas crianças?

- Q12.** O NCA está relacionado com a percepção dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP sobre o temperamento das suas crianças?
- Q13.** O NCA está relacionado com a percepção dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP sobre os problemas emocionais e comportamentais das suas crianças?
- Q14.** O NCA está relacionado com a presença de perturbação emocional nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP?
- Q15.** A presença de perturbação emocional nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP está associada à sua percepção sobre a gravidade e a urgência do problema de saúde das suas crianças?
- Q16.** A presença de perturbação emocional nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP está associada à sua percepção sobre a fragilidade das suas crianças?
- Q17.** A presença de perturbação emocional nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP está associada à sua percepção sobre o temperamento das suas crianças?
- Q18.** A presença de perturbação emocional nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP está associada à sua percepção sobre os problemas emocionais e comportamentais das suas crianças?

Para dar resposta a estas questões foi então conceptualizado o presente estudo empírico, que se passa a descrever.

1.2. Tipo de Estudo

A escolha do tipo de estudo depreende-se no decurso da formulação do problema, quando a questão de investigação se torna definitiva. Tendo em conta os objectivos anteriormente delineados pareceu adequado efectuar um estudo de índole transversal, do tipo exploratório-descritivo, uma vez que se pretendeu explorar, identificar e analisar factores que eventualmente pudessem estar associados ou que contribuíssem para explicar de algum modo a procura inapropriada dos SUPs. Por outro lado, tentou-se, na medida do possível, constatar relações ou associações elementares entre os conceitos (i.é., detecção de

diferenças), sem procurar determinar a intensidade ou a natureza (causal ou meramente conectiva) de tais relações ou associações.

Neste sentido, atendendo à natureza exploratória e ao carácter descritivo da pesquisa, não foram definidos *à priori* limites para essa exploração nem consideradas respostas predefinidas, tendo-se recorrido a um conjunto de questões que facilitassem a medida e a classificação de resultados, bem como a sua comparação, quer entre eles, quer com resultados de outras pesquisas similares.

A questão de investigação dita também o método mais apropriado ao estudo de um determinado fenómeno. Deste modo, tendo em conta o âmbito desta investigação, adoptou-se uma abordagem de carácter quantitativo que permitiu a aplicação de medidas estatísticas de natureza descritiva e inferencial.

Uma vez delimitado o problema, traçados os objectivos e definido o tipo de estudo pretendido, passa-se de seguida à apresentação do desenho metodológico do trabalho empírico desenvolvido.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

O presente estudo de investigação foi realizado no SUP de um Hospital Central da área de Lisboa. A escolha deste campo de estudo prendeu-se com o facto de se tratar de um local bastante rico em termos de afluência de crianças, e nomeadamente de situações clínicas não urgentes. Por outro lado, a escolha deste meio de estudo foi influenciada pelo facto de se tratar do próprio local de exercício profissional da investigadora, revelando-se por isso de fácil acesso, quer em termos de informação acerca da dinâmica, organização e funcionamento do serviço e das características da população que abrange, quer em termos da recolha de dados relativos ao objectivo deste estudo.

Por se tratar importante para a posterior interpretação dos resultados obtidos, neste ponto é feita uma breve descrição do campo de estudo, bem como de algumas estatísticas relativas à sua frequência, que também contribuem para a justificação do estudo e do campo escolhido. A breve descrição do sistema de triagem utilizado neste serviço revela-se importante para a compreensão do processo de selecção da amostra.

2.1. Organização e Estrutura do Serviço de Urgência Pediátrica

A admissão de utentes nesta instituição de saúde Estatal processa-se através da Consulta Externa ou do SU. Trata-se de um Hospital Central Especializado na área Materno-Infantil e de apoio Perinatal Diferenciado que assegura cuidados de complexidade variável a utentes até 17 anos e 364 dias, com algumas ressalvas, como é o caso dos utentes da especialidade de Pedopsiquiatria (até 15 anos e 364 dias) e de Estomatologia (até 14 anos e 364 dias) (Boletim Informativo n.º 34/05 de 25/01/2006 do Manual da Qualidade).

Este Hospital, actualmente com 133 anos, tem sofrido inúmeras remodelações na procura de um contínuo melhoramento das infra-estruturas e aumento da qualidade na prestação dos seus serviços. Para além da zona oriental de Lisboa, presta também cuidados

a crianças e adolescentes referenciados da zona sul do país e ilhas, bem como a utentes pediátricos ao abrigo de protocolos com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

A actividade assistencial pediátrica desta unidade hospitalar desenvolve-se através das seguintes áreas:

- *Consultas Externas*, de Pediatria Médica (Pediatria Geral, Desenvolvimento, Endocrinologia, Gastreterologia, Hematologia, Imunodeficiências, Infecçologia, Pneumologia, Nefrologia, Neonatologia, Neurologia, Genética e Imunoalergologia); Pediatria Cirúrgica (Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Urológica, Neurocirurgia) Ortopedia e Traumatologia; Oftalmologia; Estomatologia; Anestesia; Otorrinolaringologia; Medicina Física e Reabilitação; Pedopsiquiatria (distribuídas pela Unidade de Primeira Infância, Unidade de Pedopsiquiatria de Ligação, Clínica da Juventude, Clínica da Encarnação, Equipa do Parque e Equipa da Lapa); Consultas não médicas (Dietética e Psicologia).
- *Serviços de Internamento*, que suportam as seguintes áreas: Pediatria Médica (que inclui as especialidades de Endocrinologia, Gastreterologia, Hematologia, Infecçologia, Pneumologia, Nefrologia, Neurologia); Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos; Pediatria Cirúrgica (que comporta as áreas médicas de Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Queimados, e Urologia); Otorrinolaringologia; Ortopedia; Neurocirurgia; Oftalmologia; Estomatologia; Pedopsiquiatria.
- *Serviço de Urgência Pediátrica* (que inclui as especialidades de Pediatria Médica, Pediatria Cirúrgica, Oftalmologia, Estomatologia, Neurologia, Pedopsiquiatria, Ortopedia, Traumatologia e Otorrinolaringologia);
- *Hospital de Dia*;
- *Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica*.

O SUP responde a solicitações de vertente externa, dando resposta a todas as crianças e adolescentes que a ele recorrem com situações clínicas emergentes, urgentes e não urgentes, bem como às solicitações da vertente interna, de todos os serviços do Hospital, às quais é necessário dar uma resposta imediata e eficaz. Este serviço caracteriza-se por uma dinâmica e um funcionamento próprios, encontrando-se 24 horas aberto à comunidade, o que implica o trabalho por turnos dos respectivos profissionais de saúde.

O SUP é constituído por uma sala de triagem, uma sala de emergência e reanimação, uma sala de tratamentos, uma Unidade de Internamento de Curta Duração com lotação de dois berços e três camas, cinco gabinetes médicos pediátricos, uma sala de traumatologia, um gabinete médico de cirurgia, uma sala de pequena cirurgia, um gabinete de otorrinolaringologia, uma Unidade de Curto Internamento Cirúrgico com lotação de um berço e uma cama, um gabinete de enfermagem, três salas de espera, um fraldário e três casas de banho para os utentes e duas para os profissionais.

Relativamente aos recursos humanos, este serviço dispõe de uma equipa multidisciplinar, da qual faz parte uma equipa fixa de enfermagem constituída por enfermeiros especialistas, graduados e generalistas; uma equipa médica polivalente composta por médicos das várias especialidades referidas anteriormente, destacados para assegurar cuidados nas 24 horas, ou em alguns casos em regime de prevenção; uma equipa de auxiliares de acção médica e administrativos.

2.2. Dados Estatísticos do Serviço de Urgência Pediátrica

Através de alguns dados estatísticos referentes ao SUP onde decorreu o estudo, é possível verificar que a sua procura para prestação de cuidados a utentes pediátricos tem vindo a aumentar. O movimento assistencial do SUP entre 2000 e 2005 (cf. figura 1 do Anexo A) demonstra a crescente procura deste serviço ao longo dos referidos anos, mais acentuada nos meses de Outono e Inverno, nomeadamente de Outubro a Março.

Para além do aumento da procura do SUP, constatou-se no ano de 2004 (cf. figura 2 do Anexo A), a prevalência dos casos não urgentes relativamente aos casos emergentes, muito urgentes e urgentes, mostrando desta forma que este serviço foi procurado principalmente para a resolução de situações de pouca gravidade. No que diz respeito ao grupo etário e à hora do dia em que o SUP é procurado, os dados correspondentes ao ano de 2005 revelam que as crianças até aos 6 anos são os principais utilizadores, sendo a afluência mais elevada no período do dia entre as 16h e as 24h (cf. figura 3 do Anexo A).

Perante estes dados, e tendo em conta os objectivos inicialmente traçados, o SUP foi considerado o local ideal para a realização deste estudo. Para além de ser o local de trabalho da autora da investigação, o que de certa forma se tornou facilitador na recolha e

no domínio dos dados, a escolha deste campo para a realização da investigação prendeu-se com o facto de ser um serviço com uma abrangência elevada em termos de população pediátrica e com uma elevada afluência de utentes que a ele recorrem por motivos pouco adequados ao que se preconiza num SU. Este facto é constatado quer pela experiência da autora, quer pelos dados estatísticos do próprio serviço. Por outro lado, o facto de a investigadora desempenhar funções de triagem neste serviço constitui u-se como outro elemento facilitador na realização do estudo, pois garantiu a selecção da amostra adequada à execução da investigação.

2.3. Triagem no Serviço de Urgência Pediátrica

A triagem consiste na avaliação breve mas sistemática da situação clínica do utente à chegada ao SU. É efectuada por profissionais de saúde especializados que estabelecem o grau de prioridade para o atendimento, de acordo com a gravidade da situação. No SUP onde se desenvolveu o estudo, o processo de triagem inicia-se após a admissão da criança no serviço e é da competência e da responsabilidade do enfermeiro. Cabe a este profissional fazer uma avaliação inicial da situação do utente pediátrico, e posteriormente atribuir o grau de prioridade para o atendimento médico em função da sua gravidade clínica.

O procedimento e as orientações para a realização da triagem dos utentes no SUP encontram-se protocolados no Boletim Informativo n.º 37/05 de 26/01/2006 do Manual da Qualidade da respectiva instituição hospitalar. Segundo o sistema de triagem instituído neste serviço (baseado no Sistema de Triagem de Manchester), os graus de prioridade são identificados com números, variando numa escala de 0 a 3. O referido boletim define o encaminhamento para cada um dos níveis, bem como os tempos máximos de espera para atendimento médico nas diversas situações (cf. tabela 1 do Anexo B).

Para a avaliação da situação de saúde, após o acolhimento, o enfermeiro procede a uma entrevista sumária à criança e à pessoa que a acompanha, fazendo um levantamento das queixas e da sintomatologia que a fez recorrer ao SUP, bem como dos seus antecedentes clínicos. Para além disso, efectua de forma sistemática um exame físico e avalia objectivamente os sinais e sintomas de doença.

De forma a facilitar a avaliação clínica da criança e a uniformizar os critérios de atribuição dos diferentes graus de prioridade, foi criado um fluxograma baseado no Sistema de Triagem de Manchester. O fluxograma constitui-se assim como uma ferramenta facilitadora na realização da triagem, visto ser de rápida consulta e visualização, para além de garantir que toda a equipa de enfermagem siga os mesmos preceitos aquando da avaliação das crianças que recorrem ao SUP. Perante a presença de determinados sinais e sintomas de doença, previamente definidos, assim se procede à classificação do grau de prioridade para o atendimento médico, dentro dos 4 níveis pré-estabelecidos (cf. figura 1 do Anexo B).

Diante de situações similares, isto é, com o mesmo grau de prioridade, está definido pelo Boletim Informativo que regulamenta a triagem de utentes no SUP, anteriormente referido, que será dada primazia de atendimento aos utentes referenciados pelo CS, pelo médico assistente ou por outra unidade hospitalar, devendo contudo passar pelo processo de triagem e classificação de prioridades por que todos os utentes passam.

Ainda o mesmo boletim define que, independentemente da situação clínica, às crianças com idade inferior a 28 dias nunca será atribuída classificação superior ao grau 1, e às crianças até aos 6 meses de idade nunca será atribuída prioridade de grau 3. Perante utentes portadores ou suspeitos de doença infecto-contagiosa deverão ser adoptadas medidas no sentido de evitar o contacto com outros utentes e acelerar o seu atendimento e encaminhamento, mesmo que não seja uma situação clínica grave.

Após avaliação da situação clínica e da atribuição do grau de prioridade, compete ao enfermeiro a orientação do utente para a valência que melhor responderá à sua situação, nomeadamente, Pediatria Médica, Cirurgia, Otorrinolaringologia, Ortopedia ou Pedopsiquiatria. No caso de ser necessário a avaliação por outras especialidades passa a ser da responsabilidade médica o respectivo contacto.

É também função do enfermeiro que executa a triagem, a prestação dos primeiros cuidados ao utente que recorre ao SUP. Tendo em conta que, nenhuma avaliação inicial deve ser tomada como conclusiva, cabe também ao enfermeiro destacado para a Sala de Triagem proceder às reavaliações necessárias das crianças que aguardam atendimento médico, sendo possível a reclassificação do grau de prioridade consoante a evolução da situação clínica.

3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Na maioria dos estudos de psicologia e ciências sociais procura-se desenvolver teorias e explicações que sejam generalizáveis para todos os humanos ou grupos de humanos, isto é, para populações. Contudo, é muito invulgar poder-se estudar exaustivamente uma população, ou seja, inquirir todos os seus membros. Para Ghiglione e Matalon (2001), tal é mesmo desnecessário, pois, inquirindo um número limitado de pessoas, com a condição de que estas tenham sido correctamente escolhidas, é possível obter as mesmas informações, com uma certa margem de erro calculável. Assim, neste ponto é dada a conhecer a constituição da amostra utilizada para a realização da investigação, bem como a população a partir da qual a mesma foi criada.

3.1. População do Estudo

A população de uma investigação é composta pelo conjunto de indivíduos a quem diz respeito o fenómeno em estudo e em quem os resultados deverão manifesta-se, apesar de não terem sido observados na totalidade (Santos, 2005). A população deste estudo foi constituída pelas crianças e seus acompanhantes que recorreram sem critérios de urgência ao SUP do Hospital seleccionado, e para a qual se pretende generalizar os resultados obtidos. A sua escolha prendeu-se com os motivos anteriormente descritos.

Na tabela 1 pode ver-se o número total de crianças que recorreu ao SUP no ano de 2008, distribuídas por grupo etário e hora de admissão. Por não estarem disponíveis os dados não foi possível verificar a distribuição de crianças por graus de prioridades, pelo que não foi possível quantificar a população do estudo, uma vez que são apenas as que recorreram sem critérios de urgência ao SUP. Contudo, estes dados permitem obter uma visão geral da afluência a este serviço.

Tabela 1: *Distribuição do número de utentes do SUP no ano 2008 por grupo etário e hora de admissão*

	[00h-8h[	[8h-16h[	[16h-24h[	Total
[0 - 1 ano[	2020	6750	7820	16590
[1 ano - 5anos[	4374	16719	18316	39409
[5 anos - 10 anos[	1772	9282	9135	20189
[10 anos - 15 anos[	929	5620	5693	12242
[15 anos - 25 anos[	306	1699	1788	3793
Total	9401	40070	42752	92223

Nota: Dados fornecidos pelo Serviço de Admissão do SUP

3.2. Opções e Critérios de Selecção da Amostra

A amostra deste estudo, subconjunto da população da qual foram recolhidas informações e sobre a qual incide directamente a investigação (Santos, 2005), foi constituída por 115 díades criança-acompanhante que recorreram inapropriadamente ao SUP no ano de 2008.

Tendo em conta o objectivo do estudo, e os diferentes instrumentos utilizados, foi necessário dividir a amostra em 3 grupos, diferenciados pela idade da criança: díades com crianças dos 0 aos 2 anos, díades com crianças de 3 anos e díades com crianças dos 4 aos 16 anos. Assim, de modo a permitir a aplicação do Teorema do Limite Central, estabeleceu-se como 30 o número mínimo de participantes em cada uma destas subamostras, uma vez que, segundo esta teoria, para amostras superiores a esta dimensão a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à normal (Maroco, 2007). Segundo este autor, a função de densidade de probabilidade mais importante no processo de inferência estatística é a distribuição normal, sendo este um dos requisitos para a utilização de métodos estatísticos paramétricos.

A amostragem é o procedimento através do qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é seleccionado com o intuito de obter informações relacionadas com um fenómeno (Fortin, 1999). Tendo em conta o carácter e os objectivos do estudo, considerou-se que para seleccionar os elementos da amostra o mais indicado seria a utilização de técnicas de amostragem não probabilísticas. Como tal, os elementos constituintes da amostra foram seleccionados por amostragem conveniente e objectiva

(Maroco, 2007), isto é, foram escolhidos para participar no estudo segundo a conveniência da investigadora e de forma a constituir os 3 grupos específicos pretendidos.

É de referir que, neste tipo de amostragem cada elemento da população não tem igual probabilidade de ser escolhido para constituir a amostra, correndo-se assim o risco de ser menos representativa da população em estudo. No entanto, Maroco (2007) defende que em muitos cenários da investigação social não é possível, prático ou mesmo desejável obter amostras representativas, tratando-se mesmo do método de amostragem predominante em Psicologia.

Desta forma, a amostra do estudo foi constituída por elementos facilmente acessíveis, que recorreram ao SUP do Hospital onde se desenvolveu o estudo. De entre as crianças que recorreram a este serviço foram escolhidas aquelas que preenchiam os requisitos previamente estabelecidos, e cujas características permitiram posteriormente responder aos objectivos estabelecidos. Para seleccionar os sujeitos da amostra, foram estabelecidos os seguintes factores de inclusão:

- Crianças dos 0 aos 16 anos de idade que recorreram ao SUP sem referência médica e que após a triagem foram classificadas com grau de prioridade 3 (não urgente), ou com grau de prioridade 2 (urgente) ou 1 (muito urgente) única e exclusivamente pelo factor idade (tal como se encontra protocolado nos critérios de triagem em vigor no SUP);
- Acompanhantes que levaram as suas crianças ao SUP por iniciativa e meios próprios, que soubessem ler e escrever e que aceitaram participar na investigação tendo assinado o consentimento informado.

Após a selecção da amostra, processo descrito mais detalhadamente no ponto 5, obteve-se um conjunto de 115 crianças e respectivos acompanhantes. Estas foram posteriormente divididas nas 3 subamostras inicialmente pretendidas (cf. tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das 3 subamostras do estudo

		0-2 anos ($M=1.12$; $SD=0.41$)	3 anos	4-16 anos ($M=7.48$; $SD=4.02$)
Feminino	n	24	16	20
	%	45.3	51.6	65.5
Masculino	n	29	15	11
	%	54.7	48.4	35.5
Total	n	53	31	31
	%	100.0	100.0	100.0

4. INSTRUMENTOS

Qualquer investigação empírica pressupõe uma recolha de dados, passo que se configura de extrema importância, pois a sua qualidade assegura a fidedignidade dos dados obtidos (Hill & Hill, 2005). Deste modo, de forma objectiva e sistemática, este procedimento foi centrado nas variáveis em estudo, em função das questões de investigação levantadas, e organizado de acordo com o nível de conhecimento dos fenómenos e com as estratégias de análise definidas.

A preocupação com a qualidade do estudo foi uma constante durante toda a realização da investigação, não tendo sido descuradas as qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados. Deste modo, a fidelidade dos instrumentos, que determina o grau de precisão dos resultados obtidos, foi testada pela sua consistência interna através do cálculo do coeficiente *alfa de Cronbach*. Tendo em conta que, quanto mais elevado o valor deste coeficiente (variando entre 0.00 e 1.00) mais elevada é a consistência interna (Fortin, 1999), considerou-se que os valores acima de 0.70 traduziam uma boa consistência interna dos instrumentos.

4.1. Modos de Abordagem

Os dados acerca das crianças e respectivos acompanhantes, seleccionados para constituir a amostra, foram recolhidos através de três modos de abordagem. Alguns dos elementos relativos à criança foram consultados na respectiva ficha de urgência (técnica da consulta de arquivos), enquanto que outros, não disponíveis neste documento, foram questionados directamente ao acompanhante da criança através da técnica de entrevista, aquando da realização da triagem pela investigadora. Para a obtenção dos dados da criança foi criado um guião orientador, preenchido pela investigadora (cf. Anexo C). A ficha de urgência forneceu os dados relativos à idade, sexo, o NCA no SUP e data e hora em que foi realizada a inscrição no SUP. Os restantes dados compreendidos no guião, nomeadamente

a raça e o lugar na fratria da criança, o motivo pelo que recorreu ao SUP, a existência de doença crónica e/ou deficiência/perturbação do desenvolvimento na criança e o seguimento por médico de família ou pediatra particular, foram recolhidos através da entrevista ao acompanhante, aquando a realização da triagem.

As informações concernentes aos acompanhantes das crianças foram recolhidas por meio do auto-relato escrito, para o qual foi elaborado um caderno de recolha de dados. Esta escolha prende-se com o facto de se considerar que este modo de abordagem garante a confidencialidade e intimidade dos dados obtidos, o que poderá ter contribuído para um aumento da veracidade dos mesmos. Além disso, considerou-se que o caderno de recolha de dados englobava itens que poderiam ser respondidos pelos sujeitos tendo em conta algum tipo de desejabilidade social, caso fosse utilizada, por exemplo, a entrevista. Esta ideia é reforçada por Fortin (1999), que defende que, a natureza impessoal deste instrumento, bem como a sua apresentação uniformizada, assegura a uniformidade e a fidelidade dos dados, facilitando as comparações entre os sujeitos, que se sentem mais seguros relativamente ao anonimato das respostas e à livre expressão das suas opiniões pessoais.

O caderno de recolha de dados, preenchido pelos acompanhantes das crianças seleccionadas que aceitaram participar no estudo, foi constituído por quatro partes (cf. Anexo D). A primeira parte foi composta por um conjunto de questões fechadas e abertas construídas para caracterizar sócio-demograficamente os acompanhantes das crianças seleccionadas. A segunda parte consistiu igualmente num conjunto de perguntas fechadas e abertas criadas com o intuito de explorar e descrever factores motivantes da procura do SUP, as crenças relacionadas com os serviços de saúde e a percepção da gravidade e da urgência da situação da criança. A terceira parte foi distinta consoante a idade da criança seleccionada para a investigação. Assim, aos acompanhantes das crianças com idade inferior a 3 anos foi entregue um caderno de recolha de dados cuja terceira parte constou num questionário com 4 questões que pretendiam avaliar a percepção do temperamento da criança. Para os acompanhantes das crianças a partir dos 3 anos de idade, a terceira parte consistiu numa escala já testada e validada, o *Strengths and Difficulties Questionnaires* (SDQ), também este distinto, consoante a criança tenha 3 anos ou entre 4 e 16 anos de idade. A quarta e última parte foi igualmente constituída por uma escala, o *Brief Symptom*

Inventory (BSI). Estas escalas de medida, destinadas a medir um conceito e/ou uma característica dos indivíduos, são descritas nos pontos 4.2. e 4.3.

4.2. Strengths and Difficulties Questionnaire

A epidemiologia psiquiátrica na infância é um tema relativamente novo no campo da investigação, tendo-se revelado útil nas últimas três décadas. Os questionários de Rutter (1967) e Achenbach (1991) têm sido os instrumentos mais utilizados para a investigação epidemiológica psiquiátrica na infância. Para além destes, têm surgido novos instrumentos de avaliação destes sintomas na infância, entre os quais o SDQ.

Desenvolvido por Goodman em 1997, o SDQ despista problemas de saúde mental infantil (Goodman, 1997; Goodman, Meltzer & Bailey, 1998). É um questionário de aplicação rápida que fornece hipóteses diagnósticas e pode ser usado para a avaliação de intervenções. O SDQ pode ser aplicado a pais, professores e jovens a partir dos 11 anos, existindo para isso várias versões que diferem em alguns itens. Para além de investigar sintomas, a versão mais alargada do SDQ avalia também o impacto dos mesmos na própria criança, na sua vida familiar e escolar, através de um suplemento que foi desenvolvido para a análise dos casos psiquiátricos que vão para além da presença de sintomas.

A utilidade deste questionário no despiste de distúrbios psicológicos em crianças e adolescentes tem sido comprovada pelos diversos estudos já existentes, quer sobre a prevalência deste tipo de perturbações, quer sobre a influência dos factores de risco no bem-estar psicossocial das crianças. O estudo efectuado por Kelly, Nazroo, McMunn, Boreham e Marmot (2001, cit. por Golfeto, 2003) demonstrou que factores como o peso à nascença têm uma influência significativa na pontuação do SDQ. Este estudo revelou que nos rapazes o baixo peso à nascença prediz a maior hiperactividade, enquanto que nas raparigas pode significar problemas nos relacionamentos interpessoais. Ainda segundo o mesmo estudo, um ambiente social favorável é um preditor de conduta adequada, considerando que um ambiente desfavorável aumenta o risco de distúrbios comportamentais. Também o estudo de Golfeto (2003) evidenciou que a aplicação do SDQ em amostras populacionais se trata de um instrumento vantajoso e eficaz na detecção de sinais e sintomas e, conseqüentemente, no rastreio de desordens psiquiátricas na infância e na adolescência.

Este questionário, disponível na Internet (www.sdqinfo.com), foi traduzido para mais de 40 idiomas. Nesta investigação foram utilizadas as versões portuguesas do SDQ para os pais de crianças com 3 anos (P 3/4) e do SDQ para pais das crianças com idades entre os 4 e os 16 anos (P4-16). Por não ser objectivo deste estudo não foram incluídos nos questionários os respectivos impactos complementares.

Os estudos realizados em Portugal contribuíram para comprovar a fiabilidade e a validade deste instrumento. O primeiro estudo realizado em Portugal para analisar as propriedades psicométricas das versões portuguesas do SDQ foi coordenado por Simões (cit. por Marzocchi et al., 2004), que avaliou os itens da escala, a sua consistência interna e a validade do constructo. O estudo foi realizado em quatro escolas, onde foram entregues as versões do SDQ a crianças maiores de 11 anos, seus pais e professores. Quando comparado com a versão original, as análises demonstraram concordâncias semelhantes ou mesmo superiores entre os três informantes (crianças, pais e professores). Também a análise da validade do instrumento demonstrou elevadas pontuações de acordo com o esperado para as suas escalas.

O SDQ contém um total de 25 itens, divididos em cinco escalas (cf. Tabela 1 do Anexo E). Cada item pode ser respondido como “não é verdade”, “é um pouco verdade” ou “é muito verdade”, recebendo respectivamente pontuação de 0 a 2 para cada resposta. Os itens «Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam»; «Pensa nas coisas antes de as fazer»; «Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção»; «Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga» e «Em geral as outras crianças gostam dele(a)», são uma excepção, recebendo pontuação invertida à referida anteriormente. Assim, as respostas “não é verdade”, “é um pouco verdade” e “é muito verdade”, recebem pontuação de 2 a 0, respectivamente.

A pontuação para cada uma das escalas é obtida pela soma dos 5 itens que as compõem, originando assim uma pontuação que varia de 0 a 10. A pontuação nas Escalas de Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperactividade e Problemas de Relacionamento com os Colegas, são adicionadas gerando o Total de Dificuldades (entre 0 e 40). A pontuação da Escala de Comportamento Pró-Social não é incorporada na pontuação total de dificuldades, pois a ausência de comportamentos pró-sociais é conceptualmente diferente da presença de dificuldades psicológicas (Fleitlich, Cortázar & Goodman, 2000).

Como ponto de corte foi considerado o utilizado e disponível em www.sdqinfo.com, a fim de definir uma pontuação “normal”, “borderline” e “anormal” para cada criança avaliada pelos seus acompanhantes através do preenchimento do SDQ. Os valores referentes ao Score Total de Dificuldades e às 5 escalas encontram-se na tabela 3.

Tabela 3: *Pontos de corte do SDQ*

	Normal	Borderline	Anormal
Total de Dificuldades	0-13	14-16	17-40
Escala de Sintomas Emocionais	0-3	4	5-10
Escala de Problemas de Comportamento	0-2	3	4-10
Escala de Hiperactividade	0-5	6	7-10
Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas	0-2	3	4-10
Escala de Comportamento Pró-Social	6-10	5	0-4

Nota: Dados extraídos de www.sdqinfo.com

Como referido anteriormente, a qualidade do instrumento foi uma preocupação ao longo da realização desta investigação. Por conseguinte, através do cálculo do *alpha de Cronbach* para as Escalas do SDQ, que revela valores entre 0.65 e 0.85 (cf. tabela 4), pode-se afirmar que no geral este instrumento apresenta uma boa consistência interna.

Tabela 4: *Resultados do cálculo do alfa de Cronbach para as Escalas do SDQ aplicado aos acompanhantes da amostra (n=62)*

	<i>alfa de Cronbach</i>	N.º de Itens
Escala de Sintomas Emocionais	0.66	5
Escala de Problemas de Comportamento	0.74	5
Escala de Hiperactividade	0.76	5
Escala de Relacionamento com os Colegas	0.65	5
Escala de Comportamento Pró-Social	0.85	5

4.3. Brief Symptom Inventory

Construído por Derogatis em 1982, o BSI foi desenvolvido como uma versão abreviada do SCL-90-R (*Symptom Check-List*, composto por 90 itens, versão revista), elaborada pelo mesmo autor em 1977. Trata-se de um inventário de auto-resposta, constituído por 53 itens, onde o entrevistado classifica o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala do tipo Likert cotada desde “Nunca” (0 pontos) a “Muitíssimas vezes” (4 pontos). Este questionário, relativamente a outros com a mesma finalidade, possui a vantagem de avaliar um maior número de dimensões psicopatológicas (Canavarro, 1999a, 1999b).

O BSI avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais. As nove dimensões primárias foram descritas por Derogatis (1982, cit. por Canavarro, 1999a, pp. 241-243), da seguinte forma:

Somatização: “Esta dimensão reflecte o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático isto é, enfoca queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica. São igualmente componentes da somatização, as dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade” (inclui os itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37).

Obsessões-Compulsões: “Esta dimensão inclui sintomas identificados com o síndrome clínico do mesmo nome. Inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada. Os comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral estão também incluídos nesta dimensão” (inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36).

Sensibilidade Interpessoal: “Esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, particularmente em comparação com outras pessoas. As manifestações características desta dimensão são a auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interacções sociais” (inclui os itens 20, 21, 22 e 42).

Depressão: “Os itens que compõem esta dimensão reflectem o grande número de indicadores de depressão clínica. Estão representados os sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida” (inclui os itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50).

Ansiedade: “Na dimensão Ansiedade foram incluídos indicadores gerais tais como nervosismo e tensão. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Foram considerados também componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade” (inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49).

Hostilidade: “A dimensão Hostilidade inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo negativo da cólera” (inclui os itens 6, 13, 40, 41, e 46).

Ansiedade Fóbica: “Esta dimensão é definida como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que, sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas” (inclui os itens 8, 28, 31, 43 e 47).

Ideação Paranóide: “Esta dimensão representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos

primariamente como os reflexos desta perturbação. A selecção dos itens foi orientada de acordo com esta conceptualização” (inclui os itens 4, 10, 24, 48 e 51).

Psicoticismo: “Esta escala foi desenvolvida de modo a representar o constructo como uma dimensão contínua da experiência humana. Os itens respectivos são indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. A escala fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose” (inclui os itens 3, 14, 34, 44, 53).

Os itens 25, 39, 41 e 52, embora tenham algum contributo para as dimensões descritas, não pertencem univocamente a nenhuma delas, pelo que, segundo critérios estatísticos, não deveriam ser compreendidos no inventário. No entanto, dada a sua relevância clínica, são considerados nas pontuações dos três Índices Globais (Canavarro, 1999b).

Os Índices Globais são avaliações sumárias de perturbação emocional e representam diferentes aspectos da psicopatologia (Canavarro, 1999a, 1999b):

- Índice Geral de Sintomas (IGS): este índice representa uma pontuação combinada que pondera o número de problemas assinalados com a sua intensidade. Calcula-se dividindo a soma das pontuações de todos os itens pelo número total de respostas (53, se não existirem respostas em branco);
- Total de Sintomas Positivos (TSP): representa o número de sintomas assinalados. Deverá calcular-se contando o número de itens assinalados com uma resposta positiva (isto é, maior do que 0);
- Índice de Sintomas Positivos (ISP): medida que combina a intensidade da sintomatologia com o número de sintomas presentes, oferecendo a média da intensidade de todos sintomas que foram assinalados. Obtém-se dividindo a soma de todos os itens pelo TSP.

Os estudos de adaptação do BSI à população portuguesa mostram que as características psicométricas desta versão revelam que este instrumento apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de *alpha de Cronbach* entre 0.70 e 0.80, à excepção dos valores das dimensões de Ansiedade Fóbica (0.624) e de Psicoticismo (0.621), que se apresentam ligeiramente abaixo do referido intervalo. Também os valores das correlações *Split-Half* e os coeficientes de *Spearman-Brown* são indicativos da boa consistência interna da escala, confirmando igualmente a menor

consistência interna das dimensões de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo (Canavarro, 1999b).

A fidelidade deste instrumento foi também verificada neste estudo (cf. tabela 5). Em comparação com os resultados de Canavarro (1999b) constata-se que os valores são semelhantes aos encontrados pela autora, sendo em alguns casos até ligeiramente mais elevados. À semelhança encontra-se menor consistência interna nas dimensões de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo.

Tabela 5: Resultados do cálculo do alfa de Cronbach para as dimensões do BSI aplicado aos acompanhantes da amostra (N=115), em comparação com os resultados de Canavarro (1999b)

	Amostra	Canavarro (1999b)	N.º de Itens
Somatização	0.810	0.797	7
Obsessões-compulsões	0.796	0.773	6
Sensibilidade interpessoal	0.777	0.760	4
Depressão	0.873	0.728	6
Ansiedade	0.764	0.766	6
Hostilidade	0.800	0.759	5
Ansiedade Fóbica	0.490	0.624	5
Ideação paranóide	0.839	0.718	5
Psicoticismo	0.693	0.621	5

A versão portuguesa do BSI foi também sujeita a uma avaliação da validade discriminativa, isto é, a sua capacidade para distinguir os indivíduos perturbados emocionalmente dos que não apresentam perturbações emocionais. Deste modo, o valor do Lambda de Wilks (0.17) mostra que as nove escalas e os três índices diferenciam os indivíduos perturbados emocionalmente dos indivíduos da população em geral, cooperando para a explicação de 83% da variância relacionada com a pertença ao grupo (Canavarro, 1999b). A mesma autora (p.105) refere ainda que “a análise da função discriminante permite que 92.51% dos indivíduos perturbados emocionalmente sejam correctamente classificados no seu grupo de pertença bem como a classificação correcta de 99.75% dos indivíduos da população em geral”. Os estudos de fiabilidade e validade mostram assim que as características psicométricas deste inventário oferecem segurança para a sua utilização, constituindo-se num favorável indicador de sintomas do foro psicopatológico.

A análise das pontuações obtidas nas nove dimensões oferece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente mais perturba o indivíduo. Como foi anteriormente referido, o inventário pode igualmente ser usado com o objectivo de

formação de grupos. Tal como refere Canavarro (1999a), todas as pontuações obtidas no BSI permitem discriminar indivíduos perturbados emocionalmente de indivíduos pertencentes à população em geral. Deste modo, utilizando o ISP, foi matematicamente estabelecido um ponto de corte entre estes dois grupos, sendo que com uma nota no ISP ≥ 1.7 provavelmente se encontrarão sujeitos perturbados emocionalmente, e abaixo desse valor, indivíduos da população em geral.

4.4. Variáveis do Estudo

Após a apresentação dos instrumentos utilizados para recolher os dados, importa especificar as variáveis que os mesmos pretenderam obter, e que se constituíram como as variáveis do estudo. De acordo com Fortin (1999), as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações, que são estudados numa investigação. As variáveis devem ser identificadas, definidas e operacionalizadas, e estar directamente relacionadas com o problema em estudo, com os objectivos e com o referencial teórico. Depois de seleccionadas as variáveis, foi necessário operacionalizá-las. Se por um lado existem variáveis que facilmente são medidas directamente, e que por isso não necessitam de ser operacionalizadas, existem outras que exigem um conjunto de passos para que possam ser observadas empiricamente.

Características sócio-demográficas das crianças

As características sócio-demográficas das crianças incluem: idade; sexo; raça/etnia; lugar na fratria; existência de doença crónica, deficiência ou perturbação do desenvolvimento.

A *idade da criança* foi organizada em subgrupos tendo em conta os períodos etários do desenvolvimento, segundo a classificação de Wong (1997/1999). Desta forma, definiram-se os seguintes grupos etários: dos 0 aos 28 dias; dos 29 dias aos 11 meses; de 1 ano aos 2 anos; 3 anos; dos 4 aos 5 anos; dos 6 aos 10 anos e dos 11 aos 16 anos. De realçar que foram discriminadas as crianças com 3 anos de idade devido à aplicação de um instrumento diferente para as mesmas.

Relativamente à *raça* da criança foram consideradas a caucasiana, negra e asiática. Dada a elevada frequência ao SUP constatada pela experiência pessoal da investigadora, considerou-se pertinente discriminar a *etnia* cigana.

O *lugar na fratria* diz respeito ao lugar que a criança ocupa na esfera familiar (i.e., primeiro, segundo, terceiro, quarto filho).

As crianças da amostra foram também caracterizadas como sendo saudáveis ou como tendo qualquer *doença crónica, deficiência ou perturbação do desenvolvimento*. Apesar de não existir uma definição médica única e universalmente aceite do conceito de doença crónica, de uma forma geral considera-se que são todas as doenças prolongadas e irreversíveis. Segundo Blanchard (1982) são doenças que têm de ser geridas em vez de curadas. Neste estudo foram também incluídas as crianças que, não apresentando uma doença considerada crónica, estavam no momento da recolha dos dados a ser seguidas por alguma especialidade médica.

Características sócio-demográficas dos acompanhantes

As características sócio-demográficas dos acompanhantes incluem: grau de parentesco, idade, estado civil, habilitações literárias, estado ocupacional e profissão.

O *estado civil* é definido como as relações dos cidadãos entre si, feitas segundo a jurisdição dos tribunais civis de um país. De acordo com Barreto (2000), o estado civil pode ser: solteiro, casado, divorciado, junto, separado e viúvo.

A variável relativa às *habilitações literárias* dos acompanhantes diz respeito ao conjunto de aptidões, conhecimentos e capacidades adquiridas pelo estudo (Dicionário da Língua Portuguesa, 1992), que foram classificadas com base no actual Sistema Educativo Português (Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação do Ministério da Educação, s.d.):

- Ensino Básico:
 - 1º ciclo (1º ao 4º ano de escolaridade);
 - 2º ciclo (5º e 6º ano de escolaridade);
 - 3º ciclo (7º ao 9º ano de escolaridade);
- Ensino Secundário (10º ao 12º ano de escolaridade);

- Ensino Superior (Licenciatura, Mestrado e Doutoramento).

O grau de Bacharelato foi extinto no quadro da reorganização do Sistema de Ensino Superior Português decorrente do Processo de Bolonha, contudo no presente estudo foi tido em consideração como um grau académico superior. Para além dos anteriores foi ainda criado um grupo para os participantes que não concluíram o 1º ciclo do ensino básico (1º ciclo incompleto).

A *profissão* dos acompanhantes das crianças foi operacionalizada com base na classificação social internacional estabelecida por Graffard (1956), que divide a profissão dos indivíduos em 5 graus:

- 1º Grau: Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente;
- 2º Grau: Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes;
- 3º Grau: Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obra;
- 4º Grau: Operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc);
- 5º Grau: Trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex: jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc).

Factores contextuais da utilização do SUP

Para explorar e descrever o contexto de utilização do SUP foram consideradas as seguintes variáveis: turno e dia da semana, problema de saúde da criança, NCA, aconselhamento por outros, impossibilidade de consulta noutro serviço, recurso a outro serviço, médico assistente.

Relativamente ao *turno* durante o qual a criança recorreu ao SUP, foi tido em conta o período de trabalho dos enfermeiros deste serviço. Assim, o turno da “manhã” corresponde ao período compreendido entre as 8h e as 16h, o turno da “tarde” entre as 16h e as 22h30, e o da “noite” entre as 22h30 e as 8h.

A informação relativa ao *problema de saúde da criança* pelo qual os acompanhantes recorreram ao SUP foi obtida aquando a realização da entrevista da triagem. Os problemas de saúde foram agrupados em: sinais e sintomas das vias aéreas superiores; sinais e sintomas das vias aéreas inferiores; sinais e sintomas gastrointestinais; sinais e sintomas genitourinários; sinais e sintomas tegumentares; sinais e sintomas do sistema termorregulador; sinais e sintomas específicos e inespecíficos não englobados concretamente em nenhum dos anteriores; acidentes e traumatismos; e situações especiais.

O *NCA no SUP* contempla o número de vezes que a criança recorreu a este serviço durante o ano em que decorreu a recolha da amostra, ou seja, desde o início de 2008 até Novembro do mesmo ano. Esta informação estava acessível na ficha de urgência de cada criança, onde vêm discriminados os anteriores números de episódios referentes ao corrente ano.

Relativamente ao *médico assistente da criança*, pretendeu-se perceber se as crianças são habitualmente seguidas por médico de família ou pediatra particular.

O *aconselhamento por outros*, a *impossibilidade de consulta noutra serviço*, e o *recurso a outro serviço pelo mesmo motivo* foram abordados respectivamente pelas seguintes questões: «Fui aconselhado(a) por um familiar, amigo, conhecido, a trazer a minha criança às urgências»; «Não consegui marcar consulta no meu centro de saúde / consultório do meu pediatra particular»; «Já recorreu com a sua criança a outro serviço de saúde com o problema que a trouxe hoje ao SUP? Qual?». As duas primeiras tinham como opção de resposta “verdadeiro” ou “falso” e a última “não” ou “sim”, sendo a pergunta “Qual” de resposta aberta.

Crenças sobre o SUP

Partindo da definição de crença de Kirscht (1974, cit. por Ribeiro, 2007, p.163), segundo o qual “abrange qualquer proposição ou hipótese sustentada por uma pessoa, que relacione dois ou mais objectos ou elementos psicológicos”, as *crenças dos acompanhantes sobre o SUP* foram avaliadas através de um conjunto de 6 questões de resposta fechada, elaboradas com base na literatura revista: «Hoje trouxe a minha criança ao Serviço de Urgência Pediátrica porque»:

- «Sinto-me mais seguro(a) e confiante se a minha criança for observada por um médico especialista em pediatria»;
- «Penso que os médicos do hospital têm mais experiência e competência para tratar as crianças doentes»;
- «Sinto-me mais seguro(a) num serviço de urgência porque a minha criança tem acesso fácil e imediato a meios auxiliares de diagnóstico (raio x, ecografia, análises,...)»;
- «O atendimento é mais rápido do que no meu centro de saúde/consultório do meu pediatra particular»;
- «O atendimento é mais acessível do que no meu centro de saúde/consultório do meu pediatra particular»;
- «O horário é mais compatível com o meu emprego/a minha vida quotidiana».

As questões apresentaram três opções de resposta, “concordo”, “não concordo nem discordo” ou “discordo”, cotadas respectivamente com 3, 2 e 1 valores. O total da pontuação traduz um valor de crença, que foi considerado tanto mais positiva quanto maior o seu valor. Através do cálculo do *alfa de Cronbach* constatou-se que o conjunto destes 6 itens apresentou uma boa consistência interna (0.78).

Percepção da gravidade e da urgência do problema de saúde da criança

A *percepção da gravidade e da urgência do problema de saúde da criança* por parte dos acompanhantes foi avaliada através da resposta (verdadeira ou falsa) às seguintes questões: «Hoje trouxe a minha criança ao Serviço de Urgência Pediátrica porque»:

- «Considerarei que era uma situação mais grave do que outros problemas de saúde anteriores»;
- «Considerarei que era uma situação mais urgente do que outros problemas de saúde anteriores».

Tendo em conta que a situação de saúde de todas as crianças que constituíram a amostra era inapropriada para observação no SUP, com estas questões pretendeu-se

verificar se os acompanhantes tinham a verdadeira percepção da não gravidade e da não urgência do problema das suas crianças.

Percepção da fragilidade da criança

A *percepção da fragilidade da criança* pelos acompanhantes que recorreram de forma inapropriada ao SUP foi analisada através da questão: «Acha que o seu filho é uma criança mais/tão/menos frágil do que a maioria das crianças da sua idade».

Percepção do temperamento da criança

A *percepção do temperamento da criança* pelos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP foi avaliada através de um conjunto de 4 questões construídas com base nas dimensões de temperamento definidas por Thomas e colaboradores (1968). Cada questão, com três opções de resposta (*a*, *b* e *c*), deveria ser respondida pelo acompanhante tendo em conta o comportamento da criança nos últimos 6 meses (cf. tabela 6).

Tabela 6: *Questões sobre o temperamento da criança*

Q ₁ : Acha fácil acalmar a sua criança quando ela está mal disposta ou rabugenta?	a) Muito fácil b) Médio c) Muito difícil
Q ₂ : Qual é o estado de humor mais frequente da sua criança?	a) Contente e alegre b) Algumas vezes contente e alegre c) Séria / zangada
Q ₃ : Como é que a sua criança reage a alterações e interrupções da rotina diária, tal como quando vai a uma festa, viagem ou consulta?	a) Bem b) Médio c) Mal
Q ₄ : De uma forma geral, como considera a sua criança, em termos dos cuidados diários, disciplina, entretenimento, acalmar, etc.	a) Muito fácil b) Médio c) Muito difícil

Para medir este conceito foi atribuída às respostas *a*, *b* e *c* pontuações de 1 a 3 respectivamente. De forma a estabelecer diferença entre dois grupos foi estabelecido um ponto de corte através da seguinte fórmula:

$$CD = [(Q_1 + Q_2 + Q_3) \geq 6] + (Q_4 \geq 2)$$

Sendo que uma criança foi considerada difícil (CD) na condição de que a soma das pontuações das questões Q₁, Q₂ e Q₃ fosse maior ou igual a 6 e que a questão Q₄ tivesse no mínimo pontuação igual a 2. As pontuações abaixo desse valor de corte revelariam que os acompanhantes consideravam as suas crianças como não difíceis. As características psicométricas atestam a boa consistência interna obtida pelo cálculo do *alfa de Cronbach* (0.85) para o total dos 4 itens. De realçar que este instrumento foi apenas aplicado aos acompanhantes das crianças com idades inferiores a 3 anos.

Percepção de problemas emocionais e comportamentais da criança

Para avaliar a *percepção de problemas emocionais e comportamentais* da criança pelos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP foi utilizado o SDQ, cuja operacionalização foi descrita no ponto 4.2. Esta variável foi apenas estudada em acompanhantes de crianças dos 3 aos 16 anos.

Sintomas psicopatológicos e perturbação emocional dos acompanhantes

Os *sintomas psicopatológicos* e a existência de *perturbação emocional* nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente com as suas crianças ao SUP foram analisados através do BSI, cujas dimensões foram conceptualmente definidas e clarificadas pelos respectivos autores (cf. ponto 4.3.).

4.5. Pré-Teste

Antes da aplicação definitiva dos instrumentos de colheita de dados procedeu-se à realização de um pré-teste, para garantir a sua aplicabilidade e resposta aos objectivos do estudo. Para tal, em Outubro de 2007, foi seleccionada uma amostra constituída por 15 crianças e respectivos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP, e que preenchem os pré-requisitos pretendidos para a investigação. A realização do pré-teste teve como intuito verificar se, relativamente ao caderno de recolha de dados entregue aos acompanhantes:

- Todas as questões e os termos utilizados eram compreensíveis e desprovidos de equívocos;
- As questões não apresentavam ambiguidade nem erros de vocabulário ou de formulação;
- As opções de respostas propostas às questões fechadas contemplavam todas as respostas possíveis;
- Todas as respostas eram aceites pelos sujeitos e se existiriam algumas que provocassem recusas, incompreensões ou equívocos;
- A ordem das questões era adequada e se existiriam algumas que pudessem influenciar as respostas seguintes;
- Existiriam questões pouco úteis, quer pela falta de informação complementar para a interpretação das suas respostas, quer pela obtenção da mesma resposta na quase totalidade dos sujeitos;
- A forma das questões utilizadas permitia colher as informações desejadas;
- O questionário não era muito longo e difícil, provocando desinteresse.

Para além dos instrumentos de colheita de dados, também as próprias condições para a colheita de dados, o modo de escolher e seleccionar os sujeitos para a amostra, e a forma de os abordar, foram previamente testadas. Após este processo verificou-se que não havia necessidade de se proceder a alterações significativas no procedimento geral da recolha de dados, nem nos modos de abordagem escolhidos para esse processo. Apenas foram eliminadas duas questões (uma contemplada no guião orientador e outra no caderno de recolha de dados), por se ter verificado que eram pouco relevantes para o estudo pretendido.

5. PROCEDIMENTOS

Neste ponto são resumidos os passos efectuados para a execução do estudo, que de certa forma foram já referidos anteriormente, aquando da especificação do método utilizado. Sendo um dos vectores que necessita de especial atenção durante uma investigação empírica (Santos, 2005), neste ponto é salientada a preocupação que foi dada à qualidade deontológica do estudo. Por fim, são expostos alguns aspectos relevantes para o tratamento estatístico dos dados recolhidos e para a sua transformação em informação pertinente, de forma a dar resposta às questões inicialmente levantadas.

5.1. Procedimento Geral da Investigação

Para a realização do presente estudo foi necessário percorrer um conjunto de passos até à obtenção da amostra. Numa primeira fase foi contactado o Enfermeiro-Chefe, responsável pelo SUP do Hospital onde o estudo se realizou, no sentido de viabilizar a recolha da amostra. Posteriormente, foi pedida autorização para a realização da investigação ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do Hospital, dando a conhecer o âmbito e os objectivos da mesma, os instrumentos que seriam utilizados bem como a população alvo, tendo-se assumido o compromisso de posteriormente serem apresentados os resultados ao Hospital.

Depois de concedidas as autorizações, a investigadora procedeu inicialmente à realização do pré-teste dos instrumentos e do processo geral de recolha de dados, que decorreu durante o mês de Outubro de 2007. Após as alterações que se consideraram necessárias, e após planeamento da versão definitiva do processo de recolha de dados e dos instrumentos, seguiu-se a constituição da amostra. A recolha da amostra efectuou-se durante os meses de Outubro e Novembro de 2008, até obter um total de 115 elementos, tendo o cuidado de garantir um mínimo de 30 sujeitos em cada grupo definido anteriormente.

A escolha dos sujeitos foi feita nos turnos em que a investigadora, profissional do SUP, assumiu o posto da triagem. Desta forma, após a triagem das crianças que davam entrada no SUP, foram seleccionadas as que preenchiam os requisitos atrás descritos e dado a conhecer aos respectivos acompanhantes o contexto, os objectivos e a pertinência do estudo.

Aos sujeitos que aceitaram participar na investigação foi então entregue o caderno de recolha de dados e o respectivo consentimento informado, e pedido que o preenchessem na sala de espera enquanto aguardavam a chamada para o médico. Após o preenchimento do caderno de recolha de dados foi solicitado aos sujeitos que o devolvessem de novo à investigadora ou a qualquer outro enfermeiro do SUP. Após a saída das crianças e respectivos acompanhantes da sala de triagem, a autora preenchia o guião orientador com os dados relativos à criança, recolhidos durante a entrevista de triagem e a consulta da respectiva ficha de urgência. Durante todo o processo a investigadora mostrou-se sempre disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida.

De referir que foram formados três grupos de questionários, os quais diferiam na terceira parte, que, como foi referido anteriormente, era diferente conforme a criança tivesse menos de 3 anos, 3 anos ou 4 a 16 anos de idade. Consoante a idade da criança, seria entregue um destes questionários aos respectivos acompanhantes.

Os participantes que não preencheram o questionário na totalidade foram excluídos do estudo, de forma a evitar as respostas em branco e a facilitar a análise dos dados.

5.2. Cuidados Éticos e Deontológicos

A realização de qualquer investigação implica a observância de princípios éticos e morais, aceites pela comunidade de investigadores em Ciências Sociais. Além de proteger o participante de acções invasivas dos seus direitos, a preocupação e os cuidados deontológicos qualifica aos olhos da comunidade, o acto de investigar e a própria investigação científica. Assim, existe um conjunto de princípios ou direitos fundamentais que se espera ver respeitados, que são: o direito à auto-determinação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato, o direito à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo.

De forma a dar cumprimento aos procedimentos éticos, foi solicitada a autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados ao Conselho de Administração do Hospital seleccionado para a realização do estudo, bem como à respectiva Comissão de Ética (cf. Anexo F).

Precedendo a sua participação, os sujeitos seleccionados foram informados do contexto da investigação, qual a disponibilidade temporal dispensada e o tipo de actividade a realizar, garantindo a oportunidade para o esclarecimento de qualquer dúvida. Foi igualmente dado a assinar aos acompanhantes das crianças seleccionadas um consentimento informado, onde estava explicitada a natureza da investigação e os seus objectivos, e onde estava formalizado o compromisso de manter o anonimato e confidencialidade dos dados (cf. Anexo G).

De realçar que, a assinatura do consentimento informado pelos sujeitos participantes no estudo foi uma exigência estabelecida pela Comissão de Ética do Hospital. Contudo, ressalve-se que o consentimento informado foi entregue aos acompanhantes separadamente do caderno de recolha de dados, para que não fossem relacionados. Ao guião orientador e ao caderno de recolha de dados foram atribuídos um mesmo código, referente a cada díade criança-acompanhante.

Concomitantemente, foi explicitado aos sujeitos da amostra a liberdade de desistência de participação durante todo o processo, ou de recusa de inclusão dos seus dados após a participação. Aos sujeitos foi explicado também quem teria acesso aos dados depois de recolhidos e o que aconteceria com eles após a investigação concluída.

5.3. Análise dos Dados

Segundo Marconi e Lakatos (2002), uma vez obtidos os dados deverá proceder-se à sua análise e interpretação, procurando dar um significado mais amplo às respostas. Assim, após aplicação do instrumento de colheita de dados, as informações foram tratadas de modo a permitir dar resposta ao problema e objectivos enunciados.

Para o tratamento dos dados foi utilizada a versão 15.0 do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows. Os métodos de análise utilizados tiveram em consideração o tipo de estudo pretendido, as técnicas amostrais e o

grau de complexidade dos instrumentos utilizados. Desta forma, tendo em conta estes aspectos, neste estudo foram utilizadas medidas de estatística descritiva, tais como as distribuições de frequências (absoluta e relativa), as medidas de tendência central (média) e as medidas de dispersão (desvio-padrão), de forma a resumir as informações de forma estruturada, auferindo assim uma imagem geral das variáveis medidas na amostra.

Para verificar possíveis relações entre as variáveis em estudo recorreu-se à análise estatística inferencial. Considerou-se uma probabilidade de erro tipo I (α), tendo-se aceite como diferenças estatisticamente pouco significativas quando $\alpha \leq 0.10$, diferenças como estatisticamente significativas quando $\alpha \leq 0.05$ e como diferenças estatisticamente muito significativas quando $\alpha \leq 0.01$.

Antes da aplicação dos testes estatísticos verificaram-se os pressupostos da normalidade através do teste de Kolmogorov-Smirnov, tendo-se optado pelos testes paramétricos quando esses pressupostos se constatarem, e pelos testes não paramétricos quando tal não sucedeu. Os testes realizados foram os seguintes: Coeficiente de Correlação de Pearson, teste de Kruskal-Wallis, teste post hoc de Tukey, teste Binomial, teste de Mann-Whitney, teste t-Student para amostras independentes e teste do Qui-Quadrado.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e analisados os resultados adquiridos pela aplicação dos instrumentos de colheita de dados. Para o tratamento dos dados recorreu-se à estatística descritiva e inferencial de forma a analisar as variáveis em estudo e a verificar a existência ou não de relações significativas. A apresentação das análises descritivas e inferenciais é feita de forma integrada, concentrada nas variáveis em estudo e encadeada segundo os objectivos delineados. No final do capítulo é apresentada uma síntese dos principais resultados obtidos.

1. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados obtidos pelos instrumentos aplicados à amostra foram tratados através do programa SPSS for Windows. Para a sua análise descritiva foram utilizadas as distribuições de frequências absolutas e relativas e as medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão). A análise inferencial pretendeu verificar a existência ou não de relações entre algumas variáveis, de forma a poder dar resposta aos objectivos traçados.

Para aplicação dos testes estatísticos teve-se em conta o pressuposto de normalidade de distribuição dos valores que foi analisado com o teste de Kolmogorov-Smirnov. Foram utilizados testes paramétricos e, nos casos em que se detectou violações de normalidade graves, recorreu-se aos testes não-paramétricos alternativos. No Anexo H encontram-se os *outputs* do SPSS para os testes estatísticos efectuados.

Em todas as análises considerou-se uma probabilidade de erro tipo I (α), tendo-se aceite diferenças estatisticamente pouco significativas quando $\alpha \leq 0.10$ e que são assinaladas com (*), diferenças estatisticamente significativas quando $\alpha \leq 0.05$ e que são assinaladas com (**), e diferenças estatisticamente muito significativas quando $\alpha \leq 0.01$ e assinaladas com (***)).

1.1. Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 115 díades crianças-acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP. Esta amostra foi dividida em 3 subamostras compostas por: 53 díades com crianças dos 0 aos 2 anos; 31 díades com crianças de 3 anos e 31 díades com crianças dos 4 aos 16 anos.

Relativamente às crianças, pela tabela 7 pode ver-se as distribuições das frequências absolutas e relativas das variáveis sócio-demográficas. É possível constatar

que a maioria das crianças pertencentes à amostra do estudo tem idades compreendidas entre os 29 dias e os 5 anos de idade (81.7%), sendo a idade mínima de 5 dias e a máxima de 16 anos ($M=2.71$, $DP=1.55$). Quanto ao sexo, verifica-se uma distribuição homogénea em que 60% das crianças são do sexo feminino e 55% do sexo masculino. A maior parte das crianças é de raça caucasiana (78.3%). Relativamente ao lugar na fratria, 58.3% das crianças da amostra ocupam o primeiro lugar, 33.0% são segundos filhos, 6.1% os terceiros e apenas 2.6% das crianças representam o quarto lugar na fratria.

Tabela 7: *Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes às variáveis sócio-demográficas das crianças da amostra (N=115)*

	<i>n</i>	%
Idade		
0 - 28 dias	6	5.2
29 dias - 11 meses	22	19.1
1 ano - 2 anos	25	21.7
3 anos	31	27.0
4 anos - 5 anos	16	13.9
6 anos - 10 anos	7	6.1
11 anos - 17 anos	8	7.0
Sexo		
Feminino	52.2	60
Masculino	47.8	55
Raça/Etnia		
Caucasiana	90	78.3
Negra	19	16.5
Asiática	1	0.9
Cigana	5	4.3
Lugar na fratria		
1º lugar	67	58.3
2º lugar	38	33.0
3º lugar	7	6.1
4º lugar	3	2.6

No que respeita à saúde das crianças, a análise dos dados obtidos permite verificar que a maioria é saudável (78.3%), tendo recorrido ao SUP por doença aguda. Das 115 crianças que constituem a amostra, apenas 25 apresentam doença crónica ou estavam no momento da recolha dos dados a ser seguidas por uma especialidade médica (cf. tabela 8).

De todas as crianças que fizeram parte da amostra apenas 4 apresentam deficiência ou perturbação do desenvolvimento, tendo sido identificados 1 caso de Síndrome de Down, 1 de atraso simples da linguagem, 1 de atraso da capacidade motora e 1 de baixo peso.

Tabela 8: Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes ao estado de saúde das crianças da amostra (N=115)

	n	%
Saudável	90	78.3
Doença crónica ou seguimento por especialidade médica	Imunoalergologia	8
	Pedopsiquiatria	4
	Gastroenterologia	3
	Neurologia	3
	ORL	2
	Pneumonologia	1
	Cardiologia	1
	Cirurgia	1
	Genética	1
	Nefrologia	1
Total	25	21.7
Total	115	100.0

As características sócio-demográficas dos acompanhantes das crianças que constituem a amostra podem ser observadas pela tabela 9. A maioria das crianças foi levada ao SUP pela mãe (76.5%), seguindo-se do pai (15.7%) e dos avós (6.1%). Outros acompanhantes como amiga da mãe e padrasto, incluídos no grupo “outros”, representam 1.7% da amostra. A média de idades dos acompanhantes é de 34.02 anos, com uma idade mínima de 17 anos e máxima de 72 anos. Constata-se que 59.1% dos acompanhantes são casados, 17.4% vivem juntos com outra pessoa e 13.0% são solteiros, verificando-se menor percentagem de acompanhantes divorciados (4.3%), separados (3.5%) e viúvos (2.6%). Relativamente às habilitações literárias, a maior parte dos acompanhantes inquiridos tem o ensino secundário (40.9%), seguidos do ensino superior (20.0%), do 3º ciclo (19.1%), do 2º ciclo (13%) e do 1º ciclo (3.5%). Verificou-se ainda que 3.5% dos acompanhantes não completaram o 1º ciclo. Quanto ao estado ocupacional, 73.9% dos acompanhantes estavam empregados no momento da recolha dos dados. Em menor percentagem encontram-se os acompanhantes desempregados (12.2%), sem actividade (10.4%) e reformados (3.5%). No que respeita à profissão, em igual percentagem (23.5%), encontram-se os acompanhantes pertencentes aos 3º e 5º graus. Os restantes encontram-se distribuídos em 20.5% no 4º grau, 9.6% no 2º grau e 8.7% no 1º grau. De realçar que 14.8% dos participantes não responderam a esta questão, por estarem desempregados ou não terem actividade profissional.

Tabela 9: Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes às variáveis sócio-demográficas dos acompanhantes da amostra (N=115)

	n	%
Grau de parentesco		
Mãe	88	76.5
Pai	18	15.7
Avó(ô)	7	6.1
Outros	2	1.7
Idade		
17-19 anos	4	3.5
20-29 anos	33	28.7
30-39 anos	56	48.7
40-49 anos	14	12.2
50-59 anos	5	4.3
60-69 anos	2	1.7
70-79 anos	1	0.9
Estado civil		
Casado	68	59.1
Solteiro	15	13.0
Divorciado	5	4.3
Viúvo	3	2.6
Separado	4	3.5
Junto	20	17.4
Habilitações literárias		
1º ciclo incompleto	4	3.5
1º ciclo	4	3.5
2º ciclo	15	13.0
3º ciclo	22	19.1
Secundário	47	40.9
Superior	23	20.0
Estado ocupacional		
Empregado	85	73.9
Desempregado	14	12.2
Reformado	4	3.5
Sem actividade	12	10.4
Profissão		
1º Grau	11	8.7
2º Grau	10	9.6
3º Grau	27	23.5
4º Grau	23	20.5
5º Grau	27	23.5
Sem resposta	17	14.8

1.2. Factores Contextuais da Utilização do Serviço de Urgência Pediátrica

No presente estudo tentou-se perceber quais os factores contextuais relacionados com a utilização inapropriada do SUP. Relativamente ao dia da semana, 43.5% dos dados foram colhidos durante os fins-de-semana e 56.5% durante os dias úteis. A tabela 10

mostra a distribuição da amostra relativamente ao dia da semana e à hora em que as díades criança-acompanhante recorreram ao SUP. Constata-se que 47.8% se dirigiu ao SUP durante o turno da manhã (8h-16h), 32.2% durante o período da tarde (16h-22h30) e 20.0% durante a noite (22h30-8h).

Tabela 10: Resultados do cruzamento das frequências absolutas e relativas referentes ao dia da semana e ao turno (N=115)

		Turno			Total	
		Noite	Manhã	Tarde		
Dia da semana	Domingo	<i>n</i>	1	14	18	33
		% Dia da semana	3.0	42.4	54.5	100.0
	Segunda	<i>n</i>	3	14	2	19
		% Dia da semana	15.8	73.7	10.5	100.0
	Terça	<i>n</i>	7	1	4	12
		% Dia da semana	58.3	8.3	33.3	100.0
	Quarta	<i>n</i>	3	6	3	12
		% Dia da semana	25	50.0	25.0	100.0
	Quinta	<i>n</i>	6	1	1	8
		% Dia da semana	75.0	12.5	12.5	100.0
	Sexta	<i>n</i>	2	8	4	14
		% Dia da semana	14.3	57.1	28.6	100.0
	Sábado	<i>n</i>	1	11	5	17
		% Dia da semana	5.9	64.7	29.4	100.0
Total	<i>n</i>	23	55	37	115	
	% Dia da semana	20.0	47.8	32.2	100.0	

Na tabela 11 observa-se a distribuição das idades das crianças da amostra pela hora em que se inscreveram no SUP. Uma análise mais detalhada permite constatar que as crianças que foram observadas durante a noite tinham idades inferiores a 6 anos.

No que se refere ao problema de saúde da criança que motivou os acompanhantes a procurarem inapropriadamente o SUP, verifica-se pela tabela 12 que estavam maioritariamente relacionados com as vias aéreas inferiores (24.3%), nomeadamente a tosse, a farfalheira e a dispneia. Os sinais e sintomas das vias aéreas superiores (18.3%) que motivaram a procura pelo SUP foram: otalgia, odinofagia, otorreia, rinorreia e corpos estranhos no ouvido e no nariz. Os problemas gastrointestinais (18.3%) estavam relacionados com: vômitos, diarreia, obstipação e cólica no recém-nascido. Os sinais e sintomas tegumentares (9.6%) observados sem critérios de urgência no SUP foram: rashes cutâneos, abcessos e celulites.

Tabela 11: Resultados do cruzamento das frequências absolutas e relativas referentes à idade da criança e ao turno (N=115)

		Turno			Total	
		Noite	Manhã	Tarde		
Idade da Criança	0-28 dias	<i>n</i>	4	2	0	6
		% Idade da criança	66.7	33.3	0.0	100.0
	29 dias - 11 meses	<i>n</i>	4	9	9	22
		% Idade da criança	18.2	40.9	40.9	100.0
	1 ano - 2 anos	<i>n</i>	7	11	7	25
		% Idade da criança	28.0	44.0	28.0	100.0
	3 anos	<i>n</i>	7	12	12	31
		% Idade da criança	22.6	38.7	38.7	100.0
	4 anos - 5 anos	<i>n</i>	1	9	6	16
		% Idade da criança	6.3	56.3	37.5	100.0
	6 anos - 10 anos	<i>n</i>	0	6	1	7
		% Idade da criança	0.0	85.7	14.3	100.0
	11 anos - 16anos	<i>n</i>	0	6	2	8
		% Idade da criança	0.0	75.0	25.0	100.0
	Total	<i>n</i>	23	55	37	115
		% Idade da criança	0.0	47.8	32.2	100.0

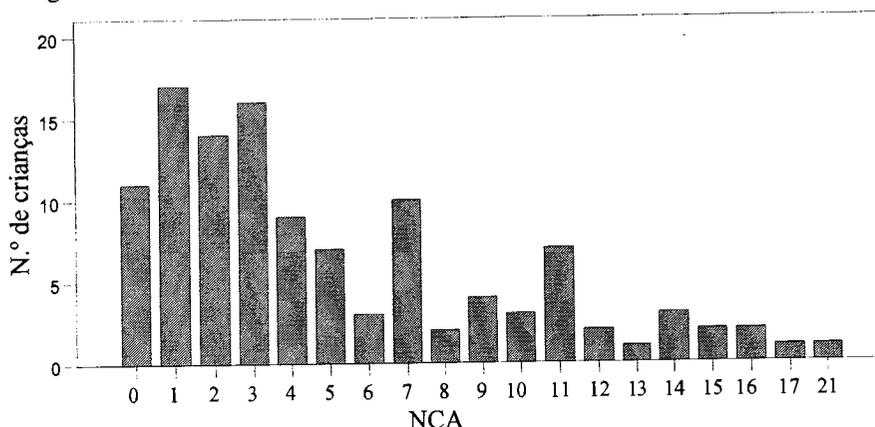
O único sintoma genitourinário (2.6%) verificado na amostra foi a disúria. Constatou-se ainda que 13% recorreu ao SUP com queixas específicas de odontalgia e cefaleias, e com queixas inespecíficas de choro e dor abdominal. O único sinal/sintoma do sistema termorregulador identificado na amostra foi a febre, que ainda assim representa 10.4% dos problemas que motivaram a procura pelo SUP. Os acidentes e traumatismos sem gravidade constituem 1.7% da amostra. As situações especiais (1.7%) incluíram os casos em que se procurou o SUP para realização de exames complementares de diagnóstico.

Tabela 12: Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes aos problemas de saúde das crianças da amostra (N=115)

	<i>n</i>	%
Sinais e sintomas das vias aéreas inferiores	28	24.3
Sinais e sintomas das vias aéreas superiores	21	18.3
Sinais e sintomas gastrointestinais	21	18.3
Sinais e sintomas tegumentares	11	9.6
Sinais e sintomas genitourinários	3	2.6
Sinais e sintomas específicos e inespecíficos	15	13.0
Acidentes e traumatismos	2	1.7
Situações especiais	2	1.7

A distribuição do NCA no SUP no ano 2008 pode ver-se na figura 1. Verifica-se que a média de consultas de Janeiro a Novembro de 2008 das crianças da amostra foi de 5.13 ($SD=4.63$). O número máximo de consultas anteriores foi de 21 ($n=1$), e 11 crianças ainda não tinham sido observadas no SUP nesse ano.

Figura 1: Distribuição do n.º de crianças pelo NCA no SUP no ano 2008 ($N=115$)



Quanto ao médico assistente das crianças, verifica-se que em 69.6% dos casos é o médico de família, em 31.3% o pediatra particular, e em 16.5% são os dois. Constata-se que 15.7% não são seguidas regularmente por nenhum clínico.

Tabela 13: Resultados do cruzamento das frequências absolutas e relativas referentes aos médicos assistentes das crianças da amostra ($N=115$)

		Pediatra Particular		Total
		Não	Sim	
Médico de Família	Não	18 (15.7%)	17 (14.8%)	35 (30.4%)
	Sim	61 (53.0%)	19 (16.5%)	80 (69.6%)
Total		79 (68.7%)	36 (31.3%)	115 (100.0%)

Relativamente à questão «Já recorreu com a sua criança a outro serviço de saúde com o problema que a trouxe hoje ao SUP?», constata-se que 56.5% dos inquiridos respondeu “não” e 43.5% referiu já ter recorrido a outro serviço de saúde pelo mesmo

motivo. A tabela 14 mostra a distribuição dos serviços, verificando-se maiores percentagens do pediatra particular e do CS.

Tabela 14: *Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes aos serviços de saúde utilizados pelo mesmo motivo de recurso ao SUP (N=115)*

	n	%
Não utilizou	65	56.5
Utilizou		
Medicina não convencional	1	0.9
Centro de saúde	25	21.7
Pediatra particular	17	14.8
Dentista	1	0.9
Hospital	4	3.5
SAP	2	1.7
Total	50	43.5
Total	115	100.0

Relativamente à afirmação «Fui aconselhado(a) por um familiar, amigo, conhecido, a trazer a minha criança às urgências», a maioria dos acompanhantes (72.2%) afirmaram ser falso, e apenas 27.8% confirmou ser verdadeira (cf. tabela 15). Identicamente, também à afirmação «Não consegui marcar consulta no meu centro de saúde/consultório do meu pediatra particular», a maior parte (73.9%) assinalou como falsa e 26.1% como verdadeira (cf. tabela 15).

Tabela 15: *Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes às respostas da questão «Hoje trouxe a minha criança ao Serviço de Urgência Pediátrica porque:» (N=115)*

	Verdadeiro	Falso	Total
Fui aconselhado(a) por um familiar, amigo, conhecido, a trazer a minha criança às urgências.	32 (27.8%)	83 (72.2%)	115 (100.0%)
Não consegui marcar consulta no meu centro de saúde/consultório do meu pediatra particular.	30 (26.1%)	85 (73.9%)	115 (100.0%)

1.3. Crenças sobre o Serviço de Urgência Pediátrica

As crenças dos acompanhantes sobre o SUP foram avaliadas através de um conjunto de 6 questões, cujas frequências absolutas e relativas das respostas podem ser

observadas na tabela 16. Verifica-se que 86.1% dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP o fizeram porque se sentem mais seguros e confiantes, 65.2% consideram que os médicos são mais experientes e competentes, e 90.4% porque sabem que têm acesso fácil e gratuito a meios auxiliares de diagnóstico. Relativamente ao facto de considerarem o atendimento mais rápido no SUP, apenas 36.5% dos acompanhantes concordaram, mas ainda assim 48.7% consideram que o atendimento neste serviço é mais acessível do que no CS ou pediatra particular. Ainda 61.7% afirmaram que optaram por uma consulta no SUP devido à compatibilidade do horário com os seus empregos e vidas quotidianas.

Tabela 16: *Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes às crenças dos acompanhantes sobre o SUP (N=115)*

	Concordo	Não Concordo Nem Discordo	Discordo	Total
Sinto-me mais seguro(a) e confiante se a minha criança for observada por um médico especialista em pediatria.	99 (86.1%)	12 (10.4%)	4 (3.5%)	115 (100.0%)
Penso que os médicos do hospital têm mais experiência e competência para tratar as crianças doentes.	75 (65.2%)	30 (26.1%)	10 (8.7%)	115 (100.0%)
Sinto-me mais seguro(a) num serviço de urgência porque a minha criança tem acesso fácil e imediato a meios auxiliares de diagnóstico (raio x, ecografia, análises,...)	104 (90.4%)	9 (7.8%)	2 (1.7%)	115 (100.0%)
O atendimento é mais rápido do que no meu centro de saúde / consultório do meu pediatra particular.	42 (36.5%)	30 (26.1%)	43 (37.4%)	115 (100.0%)
O atendimento é mais acessível do que no meu centro de saúde / consultório do meu pediatra particular.	56 (48.7%)	35 (30.4%)	24 (20.9%)	115 (100.0%)
O horário é mais compatível com o meu emprego / a minha vida quotidiana.	71 (61.7%)	33 (28.7%)	11 (9.6%)	115 (100.0%)

Para verificar se as crenças sobre o SUP influenciam o NCA foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson. Considerando $\alpha=0.01$, pela tabela 17 constata-se que existe uma correlação muito significativa, positiva e moderada entre estas duas variáveis ($CCP=0.368$; $p=0.00$). Assim, existem evidências estatísticas suficientes para

afirmar que as crenças sobre o SUP influenciam o NCA, sendo que quanto mais positivas forem as crenças sobre o SUP, maior o NCA.

Tabela 17: Coeficiente de Correlação entre o total de crenças sobre o SUP e o NCA

	Total de crenças
	0.368(***)
NCA	0.000
	115

*** $\alpha \leq 0.01$

1.4. Percepção da Gravidade e da Urgência do Problema de Saúde da Criança

A percepção dos acompanhantes sobre a gravidade e a urgência do problema de saúde das crianças foi avaliada através de duas afirmações às quais os acompanhantes responderam como “verdadeira” ou “falsa”. Pela tabela 18 pode observar-se que 52.2% dos acompanhantes não consideraram o problema da criança grave, contudo 66.1% consideraram ser mais urgente. De realçar que 42.6% consideraram ser uma situação grave e urgente, e que 28.7% tinham a percepção de que a situação da criança não era grave nem urgente.

Tabela 18: Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes à percepção da gravidade e da urgência do problema de saúde da criança (N=115)

		Considerarei que era uma situação mais urgente do que outros problemas de saúde anteriores.			
		Verdadeiro	Falso	Total	
Considerarei que era uma situação mais grave do que outros problemas de saúde anteriores.	Verdadeiro	<i>n</i>	49	6	55
		% do Total	42.6	5.2	47.8
	Falso	<i>n</i>	27	33	60
		% do Total	23.5	28.7	52.2
Total	<i>n</i>	76	39	115	
	% do Total	66.1	33.9	100.0	

1.5. Percepção da Fragilidade da Criança

Relativamente à percepção dos acompanhantes sobre a fragilidade das crianças, é possível verificar pela tabela 19 que a maior parte dos acompanhantes que recorreu inapropriadamente ao SUP (49.6%) considera a sua criança mais frágil do que a maioria das outras crianças da sua idade. Apenas 13% dos acompanhantes consideram a sua criança menos frágil e 37.4% não percebem a sua criança diferente das outras.

Tabela 19: *Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes à percepção da fragilidade das crianças pelos acompanhantes (N=115)*

	n	%
Menos frágil do que a maioria das crianças da sua idade	15	13.0
Tão frágil como a maioria das crianças da sua idade	43	37.4
Mais frágil que a maioria das crianças da sua idade	57	49.6
Total	115	100.0

Para analisar se a percepção de fragilidade das crianças pelos acompanhantes que utilizaram inapropriadamente o SUP influencia o NCA foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis (cf. tabela 20), uma vez que se pretendeu comparar três grupos em variáveis dependentes de tipo quantitativo que não têm distribuição normal (cf. Anexo H). Para $\alpha=0.01$, constatou-se que as diferenças são estatisticamente muito significativas [$X^2_{KW(2)}=18.88$; $p=0.00$; $N=115$]. Assim, existe evidência estatística suficiente para afirmar que a percepção da fragilidade da criança influencia o NCA.

Tabela 20: *Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis para a variável independente percepção de fragilidade e a variável dependente NCA (N=115)*

	NCA
Chi-Square	18.88
df	2
Asymp. Sig.	0.00***

*** $\alpha \leq 0.01$

Através da aplicação do teste post hoc de Tukey (cf. tabela 21), é ainda possível verificar que os acompanhantes que consideram as suas crianças mais frágeis são os que utilizam em média mais vezes o SUP ($M=7.07$).

Tabela 21: Resultados da aplicação do teste post hoc de Tukey para a comparação das médias do NCA entre as percepções de fragilidade das crianças (N=115)

	Subset for alpha = 0.05		
	N	1	2
Menos frágil	15	2.67	
Tão frágil	43	3.42	
Mais frágil	57		7.07
Sig.		0.78	1.00

1.6. Percepção do Temperamento da Criança

A percepção do temperamento da criança foi avaliada aos 53 acompanhantes pertencentes à subamostra composta pelas díades com crianças dos 0 aos 2 anos. Através da tabela 22 pode ver-se a distribuição das frequências absolutas e relativas referentes às respostas a cada uma das questões que permitiram avaliar a percepção do temperamento das crianças.

Tabela 22: Distribuição das frequências absolutas e relativas das respostas referentes à percepção do temperamento das crianças (n=53)

		n	%
Acha fácil acalmar a sua criança quando ela está mal disposta ou rabugenta?	a) Muito fácil	9	17.0
	b) Médio	31	58.5
	c) Muito difícil	13	24.5
	Total	53	100.0
Qual é o estado de humor mais frequente da sua criança?	a) Contente e alegre	27	50.9
	b) Algumas vezes contente e alegre	26	49.1
	c) Séria / zangada	0	0
	Total	53	100.0
Como é que a sua criança reage a alterações e interrupções da rotina diária, tal como quando vai a uma festa, viagem ou consulta?	a) Bem	20	37.7
	b) Médio	28	52.8
	c) Mal	5	9.4
	Total	53	100.0
De uma forma geral, como considera a sua criança, em termos dos cuidados diários, disciplina, entretenimento, acalmar, etc.	a) Muito fácil	12	22.6
	b) Médio	30	56.6
	c) Muito difícil	11	20.8
	Total	53	100.0

Tendo em conta o ponto de corte previamente definido, o qual permitiu criar dois grupos distintos (crianças difíceis e crianças não difíceis), verifica-se que a maioria dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP considera a sua criança como não difícil (56.6%), mas ainda assim, 43.4% dos acompanhantes consideram as suas crianças difíceis (cf. tabela 23).

Tabela 23: *Distribuição das frequências absolutas e relativas das crianças percebidas como difíceis e como não difíceis (n=53)*

	n	%
Criança Difícil	23	43.4
Criança Não Difícil	30	56.6
Total	53	100.0

Para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre a proporção de acompanhantes que considera as suas crianças difíceis e a proporção de acompanhantes que não consideram as suas crianças difíceis, foi aplicado o teste Binominal (cf. tabela 24). A análise da proporção das crianças consideradas difíceis (43.4%) e das consideradas não difíceis (56.6%) indica que a diferença de proporções é estatisticamente significativa ($p=0.04$; $N=53$), para $\alpha=0.05$.

Tabela 24: *Resultados da aplicação do teste Binomial para os grupos de crianças difíceis e não difíceis (n=53)*

	n	Observed Prop.	Test Prop.	Asymp. Sig. (1-tailed)
Difícil	23	0.43	0.57	0.04**
Não Difícil	30	0.57		
Total	53	1.00		

** $\alpha \leq 0.05$

Para analisar se a percepção do temperamento da criança pelos acompanhantes que utilizaram inapropriadamente o SUP influencia o NCA foi utilizado o teste de Mann-Whitney, uma vez que se pretendeu comparar dois grupos em variáveis dependentes de tipo quantitativo que não têm distribuição normal (cf. Anexo H). Como se pode constatar pela tabela 25, considerando $\alpha=0.01$, as diferenças são estatisticamente muito significativas

($U=175.50$; $W=640.50$; $p=0.00$). Ou seja, existe evidência estatística suficiente para afirmar que a percepção do temperamento da criança influencia o NCA.

Tabela 25: Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney para a variável independente percepção do temperamento da criança e a variável dependente NCA ($n=53$)

	NCA
Mann-Whitney U	175.50
Wilcoxon W	640.50
Z	-3.07
Asymp. Sig. (2-tailed)	0.00 ***

*** $\alpha \leq 0.01$

Pela aplicação do teste *t*-Student (cf. tabela 26) pode-se ainda constatar que os acompanhantes que consideram as suas crianças difíceis são os que utilizam em média mais vezes o SUP ($M=8.61$).

Tabela 26: Resultados da aplicação do teste *t*-Student para a comparação das médias do NCA das crianças difíceis e não difíceis. ($n=53$)

	Temperamento	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
NCA	Difícil	23	8.61	5.13
	Não difícil	30	4.23	4.96

1.7. Percepção de Problemas Emocionais e Comportamentais da Criança

A percepção dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP sobre os problemas emocionais e comportamentais das crianças foi avaliada através do SDQ. Esta escala foi preenchida pelos acompanhantes pertencentes à díade com crianças de 3 anos ($n_1=31$) e à díade com crianças dos 4 aos 16 anos ($n_2=31$).

No que diz respeito aos pontos de corte definidos em www.sdqinfo.com, que permitem diferenciar a pontuação considerada normal, borderline e anormal, na tabela 27 pode observar-se nas duas subamostras a distribuição das frequências absolutas e relativas. A análise da tabela permite verificar que na pontuação anormal se encontram 24.2% (15/62) das crianças no Total de Dificuldades; 14.5% (9/62) na Escala de Sintomas Emocionais; 37.1% (23/62) na Escala de Problemas de Comportamento; 24.2% (15/62) na

Escala de Hiperactividade; 12.9% (8/62) na Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas e 16.1% (10/62) na Escala de Comportamento Pró-Social.

Tabela 27: Comparação das pontuações do Total de Dificuldades e das Escalas do SDQ entre o grupo de crianças de 3 anos ($n_1=31$) e o grupo de crianças dos 4 aos 16 anos ($n_2=31$)

	3 anos $n_1=31$ (100%)				4-16 anos $n_2=31$ (100%)			
	Normal	Borderline	Anormal	Total	Normal	Borderline	Anormal	Total
Total de Dificuldades	17 (54.8%)	7 (22.6%)	7 (22.6%)	31 (100.0%)	19 (61.3%)	4 (12.9%)	8 (25.8%)	31 (100.0%)
Escala de Sintomas Emocionais	27 (87.1%)	1 (3.2%)	3 (9.7%)	31 (100.0%)	20 (64.5%)	5 (16.1%)	6 (19.4%)	31 (100.0%)
Escala de Problemas de Comportamento	13 (41.9%)	5 (16.1%)	13 (41.9%)	31 (100.0%)	14 (45.2%)	7 (22.6%)	10 (32.3%)	31 (100.0%)
Escala de Hiperactividade	19 (61.3%)	3 (9.7%)	9 (29.0%)	31 (100.0%)	24 (77.4%)	1 (3.2%)	6 (19.4%)	31 (100.0%)
Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas	22 (71.0%)	4 (12.9%)	5 (16.1%)	31 (100.0%)	23 (74.2%)	5 (16.1%)	3 (9.7%)	31 (100.0%)
Escala de Comportamento Pró-Social	17 (54.8%)	7 (22.6%)	7 (22.6%)	31 (100.0%)	22 (71.0%)	6 (19.4%)	3 (9.7%)	31 (100.0%)

Na tabela 28 é possível observar a distribuição das médias e desvios-padrão no Total de Dificuldades e nas 5 escalas do SDQ. Verifica-se que na amostra em estudo, as crianças de 3 anos encontram-se numa posição borderline na Escala de Problemas de Comportamento e na Escala de Comportamento Pró-Social. Comparativamente com os valores para a população portuguesa (Gaspar, s.d.), constata-se que as crianças de 3 anos que foram observadas inapropriadamente no SUP apresentam médias superiores no Total de Dificuldades, na Escala de Problemas de Comportamento e na Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas.

Tabela 28: Comparação entre as médias e desvios-padrão do Total de Dificuldades e das Escalas do SDQ entre as crianças que recorreram ao SUP ($n=62$) e as crianças da população portuguesa (Gaspar, s.d.)

	Crianças que recorreram ao SUP		Crianças da População Portuguesa (Gaspar, s.d.)	
	3 anos $n_1=31$ $M(SD)$	4-16 anos $n_2=31$ $M(SD)$	3 anos $n=100$ $M(SD)$	3-6 anos $N=483$ $M(SD)$
Total de Dificuldades	11.94 (7.08)	11.64 (6.20)	11.51 (4.78)	11.32 (4.97)
Escala de Sintomas Emocionais	2.03 (1.83)	2.94 (2.11)	2.06 (1.54)	2.25 (1.66)
Escala de Problemas de Comportamento	3.52 (2.41)	2.81 (1.87)	3.44 (1.84)	3.08 (1.88)
Escala de Hiperactividade	4.58 (2.50)	4.10 (2.51)	4.72 (2.33)	4.63 (2.40)
Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas	1.81 (1.83)	1.81 (1.82)	1.29 (1.49)	1.33 (1.42)
Escala de Comportamento Pró-Social	5.84 (2.66)	7.32 (2.18)	7.82 (1.71)	8.04 (1.59)

Para verificar se a percepção dos acompanhantes sobre os problemas emocionais e comportamentais das crianças influencia o NCA, recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de Pearson (cf. tabela 29). Da aplicação deste teste, para $\alpha=0.01$, verificam-se correlações muito significativas, positivas e moderadas no Total de Dificuldades das crianças de 3 anos ($CCP=0.505$; $p=0.00$), na Escala de Problemas de Comportamento das crianças de 3 anos ($CCP=0.483$; $p=0.01$), e na Escala de Hiperactividade das crianças dos 3 aos 16 anos ($CCP=0.316$; $p=0.01$). Verificou-se também uma correlação muito significativa, negativa e moderada na Escala de Comportamento Pró-Social das crianças dos 3 aos 16 anos ($CCP=-0.345$; $p=0.01$).

Tendo em conta estes resultados, existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que a percepção de dificuldades e de problemas de comportamento nas crianças de 3 anos, e de hiperactividade nas crianças dos 3 aos 16 anos, influenciam o NCA, sendo que quanto maior as dificuldades e os problemas percebidos, maior o NCA. Igualmente, existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que a percepção do comportamento pró-social nas crianças dos 3 aos 16 anos influencia o NCA, constando-se que quanto mais positiva é a percepção menos são os NCA.

Tabela 29: Resultados da aplicação do Coeficiente de Correlação de Pearson entre o SDQ e o NCA (n=62)

	NCA
Total de Dificuldades (3 anos)	0.505(***)
Total de Dificuldades (4-16 anos)	0.123
Escala de Sintomas Emocionais (3-16 anos)	0.130
Escala de Problemas de Comportamento (3 anos)	0.483(***)
Escala de Problemas de Comportamento (4-16 anos)	0.175
Escala de Hiperactividade (3-16 anos)	0.316(***)
Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas (3-16 anos)	0.166
Escala de Comportamento Pró-Social (3-16 anos)	-0.345(***)

*** $\alpha \leq 0.01$

1.8. Sintomas Psicopatológicos e Perturbação Emocional dos Acompanhantes

Com o objectivo de identificar sintomas psicopatológicos e possível perturbação emocional nos acompanhantes das crianças que recorreram inapropriadamente ao SUP, foi utilizado o BSI. Após a aplicação deste instrumento compararam-se os resultados obtidos para os acompanhantes da amostra com os dados de Canavarro (1999b) referentes à população geral portuguesa. Os valores descritivos das Dimensões de Sintomatologia e Índices Globais do BSI encontram-se na tabela 30, e mostram que os indivíduos da amostra apresentam valores médios inferiores em todas as dimensões e índices, comparativamente aos indivíduos da população geral (Canavarro, 1999b).

Uma análise mais detalhada revelou que, comparativamente às médias dos indivíduos da população em geral, 18.4% (n=21) dos acompanhantes da amostra apresentam valores superiores na dimensão da Somatização; 26.9% (n=31) nas Obsessões-Compulsões; 33.0% (n=38) na Sensibilidade Interpessoal; 25.0% (n=31) na Depressão; 15.7% (n=18) na Ansiedade; 29.6% (n=34) na Hostilidade; 13.1% (n=15) na Ansiedade Fóbica; 33.8% (n=39) na Ideação Paranóide e 33.8% (n=39) no Psicoticismo.

Tendo em conta o ponto de corte definido por Canavarro (1999a), verificou-se que 30 (26.1%) dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP são emocionalmente perturbados, uma vez que apresentam valores de $ISP > 1.7$. Os restantes acompanhantes (n=85; 73.9%) são considerados como pertencentes à população geral.

Tabela 30: Comparação das médias e desvios-padrão das Dimensões de Sintomatologia e Índices Globais do BSI entre os acompanhantes da amostra (N=115) e os indivíduos da população geral (Canavarro, 1999b)

Dimensões de Sintomatologia e Índices Globais do BSI	Acompanhantes (N=115)		Indivíduos da população geral (Canavarro, 1999b)	
	M	DP	M	DP
Somatização	0.317	0.471	0.573	0.916
Obsessões-Compulsões	0.829	0.586	1.290	0.878
Sensibilidade Interpessoal	0.596	0.575	0.958	0.727
Depressão	0.635	0.661	0.893	0.722
Ansiedade	0.493	0.446	0.942	0.766
Hostilidade	0.656	0.586	0.894	0.784
Ansiedade Fóbica	0.191	0.299	0.418	0.663
Ideação Paranóide	0.948	0.767	1.063	0.789
Psicoticismo	0.383	0.458	0.668	0.614
IGS	0.566	0.463	0.835	0.480
TSP	20.191	13.395	26.993	11.724
ISP	1.153	0.944	1.561	0.385

Apesar de pertencerem à minoria da amostra, procurou-se perceber se a presença de perturbação emocional nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP influencia o NCA, a percepção sobre a gravidade e a urgência do problema de saúde da criança, e a percepção sobre a fragilidade, o temperamento e os problemas emocionais e comportamentais das crianças.

Para analisar se a presença de perturbação emocional nos acompanhantes influencia o NCA foi utilizado o teste de Mann-Whitney, uma vez que se pretendeu comparar dois grupos com variáveis dependentes de tipo quantitativo que não têm distribuição normal (cf. Anexo H). Pela tabela 31 pode constatar-se que, para $\alpha=0.05$, a diferença do número médio de consultas anteriores das crianças pertencentes aos grupos dos acompanhantes perturbados e não perturbados não é estatisticamente significativa ($U=1067.50$; $W=4722.50$; $p=0.18$). Ou seja, não existe evidência estatística suficiente para se poder afirmar que a presença de perturbação emocional nos acompanhantes influencia o NCA das crianças no SUP.

Tabela 31: Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney para a variável independente perturbação emocional e a variável dependente NCA (N=115)

	NCA
Mann-Whitney U	1067.500
Wilcoxon W	4722.500
Z	-1.328
Asymp. Sig. (2-tailed)	0.184

Apesar de não se verificarem diferenças significativas entre os dois grupos, pela aplicação do teste *t*-Student (cf. tabela 32), constatou-se que as crianças cujos acompanhantes são emocionalmente perturbados utilizaram em média mais vezes o SUP no ano de 2008 ($M=6.40$) do que as crianças cujos acompanhantes não apresentam perturbação emocional ($M=4.68$).

Tabela 32: Resultados da aplicação do teste *t*-Student para a comparação das médias do NCA das crianças com acompanhantes perturbados e com acompanhantes não perturbados emocionalmente (N=115)

	ISP	n	M	DP
NCA	Não perturbado	85	4.6824	4.24604
	Perturbado	30	6.4000	5.45578

Para verificar se a presença de perturbações emocionais nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP influencia a sua percepção sobre a gravidade e a urgência do problema de saúde da criança recorreu-se teste do Qui-Quadrado, uma vez que se pretendeu relacionar duas variáveis categóricas. Considerou-se $\alpha=0.05$.

Pela tabela 33 é possível verificar que 46.7% dos acompanhantes emocionalmente perturbados consideraram o problema de saúde da criança grave, e que 48.2% dos acompanhantes não perturbados emocionalmente também perceberam como grave a situação da criança.

Tabela 33: Resultados do cruzamento entre a percepção de gravidade e a perturbação emocional (N=115)

		Não Perturbado	Perturbado	Total
Grave	Frequência	41	14	55
	% gravidade	74.5	25.5	100.0
	% ISP	48.2	46.7	47.8
	% do Total	35.7	12.2	47.8
Não Grave	Frequência	44	16	60
	% gravidade	73.3	26.7	100.0
	% ISP	51.8	53.3	52.2
	% do Total	38.3	13.9	52.2
Total	Frequência	85	30	115
	% gravidade	73.9	26.1	100.0
	% ISP	100.0	100.0	100.0
	% do Total	73.9	26.1	100.0

Através da tabela 34 verifica-se que a proporção de acompanhantes emocionalmente perturbados que consideraram a situação grave não é significativamente diferente da proporção de acompanhantes não perturbados que também apreciaram a situação como grave [$\chi^2(1)=0.022$; $p=0.882$; $N=115$]. Ou seja, não existem dados estatísticos suficientes para se poder afirmar que a percepção da gravidade do problema da criança está relacionada com a perturbação emocional dos acompanhantes.

Tabela 34: Resultados da aplicação do teste do Qui-Quadrado para a variável dependente percepção de gravidade e a variável independente perturbação emocional (N=115)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	0.022	1	0.882	
Continuity Correction	0.000	1	1.000	
Likelihood Ratio	0.022	1	0.882	
Fisher's Exact Test				1.000
Linear-by-Linear	0.022	1	0.883	
N of Valid Cases	115			

No que respeita à percepção de urgência, através da tabela 35 observa-se que 73.3% dos acompanhantes emocionalmente perturbados consideraram o problema de saúde da sua criança urgente, e que 63.5% dos acompanhantes não perturbados também interpretaram como urgente a situação da sua criança.

Tabela 35: Resultados do cruzamento entre a percepção de urgência e a perturbação emocional (N=115)

		Não Perturbado	Perturbado	Total
Urgente	Frequência	54	22	76
	% urgente	71.1	28.9	100.0
	% ISP	63.5	73.3	66.1
	% do total	47.0	19.1	66.1
Não Urgente	Frequência	31	8	39
	% urgente	79.5	20.5	100.0
	% ISP	365	26.7	33.9
	% do total	27.0	7.0	33.9
Total	Frequência	85	30	115
	% urgente	73.9	26.1	100.0
	% ISP	100.0	100.0	100.0
	% do total	73.9	26.1	100.0

Pela tabela 36 constata-se que a proporção de acompanhantes perturbados emocionalmente que consideraram que o problema de saúde da sua criança era uma situação urgente não é significativamente diferente da proporção de acompanhantes não perturbados que também consideraram a urgente [$\chi^2(1)=0.951$; $p=0.329$; $N=115$]. Assim, não existem dados estatísticos suficientes para se poder afirmar que existe relação entre a percepção de urgência e a existência de perturbação emocional nos acompanhantes.

Tabela 36: Resultados da aplicação do teste do Qui-Quadrado para a variável dependente percepção de urgência e a variável independente perturbação emocional (N=115)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	0.951	1	0.329	
Continuity Correction(a)	0.564	1	0.453	
Likelihood Ratio	0.977	1	0.323	
Fisher's Exact Test				0.377
Linear-by-Linear Association	0.943	1	0.332	
N of Valid Cases	115			

No sentido de avaliar se a presença de perturbações emocionais nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP influencia a sua percepção sobre a fragilidade das crianças, recorreu-se ao teste do Qui-Quadrado uma vez que se pretendeu relacionar duas variáveis categóricas. Através da observação da tabela 37 pode constatar-se que, para $\alpha=0.01$, há uma relação estatisticamente muito significativa entre a percepção de

fragilidade da criança e a presença de perturbação emocional nos acompanhantes [$\chi^2(2)=20.243; p=0.000; N=115$].

Tabela 37: Resultados da aplicação do teste do Qui-Quadrado para a variável dependente percepção de fragilidade e a variável independente perturbação emocional (N=115)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.243	2	0.00***
Likelihood Ratio	20.422	2	0.00
Linear-by-Linear Association	13.862	1	0.00
N of Valid Cases	115		

*** $\alpha \leq 0.01$

A análise dos resíduos estandardizados ajustados (cf. tabela 38) indica que a proporção de acompanhantes emocionalmente perturbados que consideram as suas crianças mais frágeis (73.3%) é significativamente diferente da proporção de acompanhantes não emocionalmente perturbados que também consideram as suas crianças mais frágeis (27.1%).

Tabela 38: Resultados do cruzamento entre a percepção de fragilidade e a perturbação emocional (N=115)

		Não Perturbado	Perturbado	Total
Mais frágil	<i>n</i>	23	22	45
	% Fragilidade	51.1	48.9	100.0
	% ISP	27.1	73.3	39.1
	% Total	20.0	19.1	39.1
	Resíduos ajustados	-4.5	4.5	
Tão frágil	<i>n</i>	53	6	59
	% Fragilidade	89.8	10.2	100.0
	% ISP	62.4	20.0	51.3
	% Total	46.1	5.2	51.3
	Resíduos ajustados	4.0	-4.0	
Menos frágil	<i>n</i>	9	2	11
	% Fragilidade	81.8	18.2	100.0
	% ISP	10.6	6.7	9.6
	% Total	7.8	1.7	9.6
	Resíduos ajustados	0.6	-0.6	
<i>n</i>		85	30	115
% Fragilidade		73.9	26.1	100.0
% ISP		100.0	100.0	100.0
% Total		73.9	26.1	100.0

Por outro lado, a proporção de acompanhantes caracterizados como não perturbados emocionalmente que consideram as suas crianças tão frágeis como a maioria (62.4%) é significativamente diferente da proporção de acompanhantes caracterizados como perturbados emocionalmente que consideram as suas crianças tão frágeis como a maioria (20.0%).

Para analisar se a presença de perturbações emocionais nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP influencia a sua percepção sobre o temperamento da criança, recorreu-se ao teste do Qui-Quadrado uma vez que se pretendeu relacionar duas variáveis categóricas. Considerou-se $\alpha=0.05$. Pela tabela 39 constata-se que não existe relação estatisticamente significativa entre a percepção do temperamento da criança e a presença de perturbação emocional nos acompanhantes [$\chi^2(1)=1.409$; $p=0.324$; $N=53$].

Tabela 39: Resultados da aplicação do teste do Qui-Quadrado para a variável dependente percepção do temperamento e a variável independente perturbação emocional (n=53)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.409	1	0.235	
Continuity Correction(a)	0.733	1	0.392	
Likelihood Ratio	1.399	1	0.237	
Fisher's Exact Test				0.324
Linear-by-Linear	1.382	1	0.240	
N of Valid Cases	53			

Apesar de 58.3% dos acompanhantes emocionalmente perturbados consideram os seus filhos difíceis, e apenas 39.0% dos acompanhantes não emocionalmente perturbados também percepcionarem os seus filhos difíceis (cf. tabela 40), a diferença entre estas proporções não é estatisticamente significativa.

Neste estudo pretendeu-se também analisar se a presença de perturbações emocionais nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP influencia a sua percepção de problemas emocionais e comportamentais nas sua crianças. Para tal, e uma vez que se pretendeu comparar dois grupos em variáveis dependentes de tipo quantitativo, foi utilizado o teste *t*-Student para amostras independentes, e os testes de Mann-Whitney, quando se verificaram violações graves de normalidade (cf. Anexo H).

Tabela 40: Resultados do cruzamento entre a percepção de temperamento e a perturbação emocional (N=53)

		Não Perturbado	Perturbado	Total
Difícil	Frequência	16	7	23
	% Crianças Díficeis	69.6	30.4	100.0
	% ISP	39.0	58.3	43.4
	% do total	30.2	13.2	43.4
Não Difícil	Frequência	25	5	30
	% Crianças Díficeis	83.3	16.7	100.0
	% ISP	61.0	41.7	56.6
	% do total	47.2	9.4	56.6
Total	Frequência	41	12	53
	% Crianças Díficeis	77.4	22.6	100.0
	% ISP	100.0	100.0	100.0
	% do total	77.4	22.6	100.0

Assim, através das tabelas 41 e 42 é possível verificar que, para $\alpha=0.01$, existem diferenças estatisticamente muito significativas no Total de Dificuldades das crianças de 3 anos [$t(29)=-4.24$; $p=0.00$; $n_1=31$], na Escala de Problemas de Comportamento das crianças de 3 anos [$t(29)=-5.46$, $p=0.00$; $n_1=31$], na Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas ($U=198$; $W=1188$; $p=0.00$; $n=62$) e na Escala de Sintomas Emocionais ($U=221.5$; $W=1211.5$; $p=0.01$; $n=62$).

Tabela 41: Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney para a variável dependente percepção de problemas emocionais e comportamentais e a variável independente perturbação emocional ($n=62$)

	Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas (3-16 anos)	Escala de Sintomas Emocionais (3-16 anos)
Mann-Whitney U	198.000	221.500
Wilcoxon W	1188.000	1211.500
Z	-3.149	-2.764
Asymp. Sig. (2-tailed)	0.002 ***	0.006 ***

*** $\alpha \leq 0.01$

Pela tabela 42 constata-se que, para $\alpha=0.05$, existem diferenças estatisticamente significativas no Total de Dificuldades das crianças dos 4 aos 16 anos [$t(29)=-1.984$; $p=0.057$; $n_2=31$] e na Escala de Hiperactividade [$t(60)=-2.31$, $p=0.02$; $n=62$].

Relativamente às Escalas de Problemas de Comportamento (4-16 anos) e de Comportamento Pró-Social (3-16 anos) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 42: Resultados da aplicação do teste *t-Student* para a variável dependente percepção de problemas emocionais e comportamentais e a variável independente perturbação emocional ($n_1=31$; $n_2=31$)

	t	df	Sig.
Total de Dificuldades (3 anos)	-4.244	29	0.000 ***
Total de Dificuldades (4-16 anos)	-1.984	29	0.057 **
Escala de Problemas de Comportamento (3 anos)	-5.464	29	0.000 ***
Escala de Problemas de Comportamento (4-16 anos)	-0.804	29	0.428
Escala de Hiperactividade (3-16 anos)	-2.309	60	0.024 **
Escala de Comportamento Pró-Social (3-16 anos)	0.050	60	0.961

** $\alpha \leq 0.05$ *** $\alpha \leq 0.01$

Pela tabela 43 pode observar-se as médias do Total de Dificuldades e das 5 Escalas do SDQ para o grupo de acompanhantes perturbados e o grupo de acompanhantes não perturbados.

Tendo em conta os resultados anteriores, existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que os acompanhantes emocionalmente perturbados consideram que as suas crianças têm na totalidade mais dificuldades ($M=19.25$, para o grupo de 3 anos; $M=14.70$, para o grupo de 4-16 anos) do que os acompanhantes não perturbados ($M=9.39$, para o grupo de 3 anos; $M=10.19$, para o grupo de 4-16 anos).

Relativamente à Escala de Sintomas Emocionais, os acompanhantes das crianças dos 3 aos 16 anos caracterizados como emocionalmente perturbados consideram-nas com mais problemas ($M=3.61$) do que os acompanhantes não perturbados ($M=2.02$), com diferenças estatisticamente muito significativas.

Quanto aos problemas de comportamento, apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas nos acompanhantes das crianças de 3 anos, sendo que os emocionalmente perturbados as consideram com mais problemas ($M=6.37$) do que os não perturbados ($M=2.52$).

Os acompanhantes emocionalmente perturbados consideram as suas crianças mais hiperactivas ($M=5.44$) do que os não perturbados ($M=3.90$), sendo esta diferença estatisticamente significativa.

Os acompanhantes emocionalmente perturbados consideram que as suas crianças ($M=5.44$) têm significativamente mais problemas de relacionamento com os colegas ($M=3.05$), sendo esta diferença estatisticamente muito significativa.

No que respeita à Escala de Comportamento Pró-Social, os acompanhantes emocionalmente perturbados apresentam uma média ligeiramente inferior ($M=6.55$) do que os acompanhantes não perturbados ($M=6.60$), apesar de esta diferença não ser estatisticamente significativa.

Tabela 43: *Comparação das médias e desvios-padrão das escalas de SDQ entre os acompanhantes emocionalmente perturbados e não emocionalmente perturbados (N=115)*

	ISP	Média	Desvio padrão
Total de Dificuldades (3 anos)	Não perturbado	9.39	5.27
	Perturbado	19.25	6.73
Total de Dificuldades (4-16 anos)	Não perturbado	10.19	6.02
	Perturbado	14.70	5.68
Escala de Sintomas Emocionais (3-16 anos)	Não perturbado	2.02	1.76
	Perturbado	3.61	2.20
Escala de Problemas de Comportamento (3 anos)	Não perturbado	2.52	1.70
	Perturbado	6.37	1.77
Escala de Problemas de Comportamento (4-16 anos)	Não perturbado	2.62	2.06
	Perturbado	3.20	1.40
Escala de Hiperactividade (3-16 anos)	Não perturbado	3.89	2.46
	Perturbado	5.44	2.28
Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas	Não perturbado	1.29	1.30
	Perturbado	3.05	2.26
Escala de Comportamento Pró-Social (3-16 anos)	Não perturbado	6.60	2.52
	Perturbado	6.55	2.62

2. SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS

Após apresentação do tratamento e análise estatística dos dados obtidos, segue-se uma síntese dos principais resultados:

- As crianças da amostra que foram inapropriadamente observadas no SUP têm em média 2.71 anos, são maioritariamente caucasianas (78.3%), ocupam o primeiro lugar na fratria (58.3%) e são consideradas saudáveis (78.3%).
- Os acompanhantes das crianças são geralmente mães (76.5%), têm idade média de 34.02 anos, são casados (59.1%), têm o ensino secundário (40.9%), são profissionalmente activos (73.9%) e pertencem em igual percentagem (23.5%) aos 3º e 5º graus profissionais.
- Os problemas de saúde das crianças que motivaram a procura pelo SUP estavam maioritariamente relacionados com o sistema respiratório (42.6%) e em 56.5% dos casos nunca foram procurados outros serviços de saúde para resolver problemas semelhantes. Apenas 27.8% dos acompanhantes admitiram que recorreram ao SUP por aconselhamento de outros. A maior parte das crianças (69.6%) têm um médico de família no CS, enquanto que 31.3% são habitualmente seguidas por um pediatra particular. Apenas 26.1% afirmou não ter conseguido marcar consulta no médico assistente. O número médio de consultas anteriores no SUP por cada criança entre Janeiro a Novembro de 2008 foi de 5.13.
- As crenças dos acompanhantes sobre o SUP estão principalmente relacionadas com o sentimento de segurança e confiança no serviço (86.1%), com o facto de considerarem os médicos mais experientes e competentes (65.2%), por pensarem que têm um acesso mais fácil e gratuito a meios auxiliares de diagnóstico (90.4%) e um horário mais compatível (61.7%). Apenas 36.5% consideram o atendimento mais rápido e 48.7% mais acessível do que no CS ou pediatra particular. Existem evidências estatisticamente significativas para afirmar que as crenças dos acompanhantes sobre o SUP influenciam o NCA das crianças.

- A maior parte dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP (66.1%) consideraram ser urgente o problema de saúde da criança, mas apenas 47.8% considerou ser grave.
- A maioria dos acompanhantes que recorreu inapropriadamente ao SUP (49.6%) considera a sua criança mais frágil do que a maioria das outras crianças da sua idade. A percepção da fragilidade da criança influencia significativamente o NCA, sendo as crianças consideradas mais frágeis as que utilizaram mais vezes o SUP ($M=7.07$).
- Existem diferenças estatisticamente significativas entre a proporção de acompanhantes que consideram as suas crianças difíceis (43.4%) e os que as consideram como não difíceis (56.6%). Pode-se afirmar, com evidências estatísticas suficientes, que a percepção do temperamento da criança influencia o NCA, sendo as crianças consideradas mais difíceis as que utilizaram mais vezes o SUP ($M=8.61$).
- Segundo a percepção dos acompanhantes, 14.5% das crianças têm problemas emocionais, 37.1% problemas de comportamento, 24.2% hiperactividade, 12.9% problemas de relacionamento com os colegas, 16.1% problemas de comportamento pró-social e 24.2% dificuldades gerais.
- Existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que a percepção de dificuldades e de problemas de comportamento nas crianças de 3 anos e de hiperactividade nas crianças dos 3 aos 16 anos influenciam o NCA, que são mais frequentes quanto maiores as dificuldades e os problemas percebidos. Igualmente, a percepção do comportamento pró-social nas crianças dos 3 aos 16 anos influencia significativamente o NCA, sendo que quanto mais positiva é a percepção menor é o NCA.
- Dos acompanhantes da amostra que recorreram inapropriadamente ao SUP, 26.1% são emocionalmente perturbados. Comparativamente com os indivíduos da população em geral, 18.4% apresentam valores superiores de somatização, 26.9% de obsessões-compulsões, 33.0% de sensibilidade interpessoal, 25.0% de depressão, 15.7% de ansiedade, 29.6% de hostilidade, 13.1% de ansiedade fóbica, 33.8% de ideação paranóide e 33.8% de psicoticismo.
- As crianças cujos acompanhantes apresentam perturbação emocional utilizaram mais vezes o SUP ($M=6.40$) do que as crianças acompanhadas pelos sujeitos não

perturbados ($M=4.68$), contudo não existem diferenças estatisticamente significativas para se poder afirmar que a presença de perturbação emocional nos acompanhantes influencia o NCA das crianças no SUP.

- Não existem evidências estatísticas suficientes para se poder afirmar que a presença de perturbações emocionais nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP influencia a sua percepção sobre a gravidade e a urgência do problema de saúde da criança.
- Existem evidências significativas suficientes para se afirmar que a presença de perturbações emocionais nos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP influencia a sua percepção sobre a fragilidade da criança. Os acompanhantes emocionalmente perturbados percebem as suas crianças como mais frágeis, e os acompanhantes não perturbados não consideram as suas crianças diferentes das outras.
- Não existem diferenças estatisticamente significativas para se poder afirmar que a percepção sobre o temperamento da criança é influenciada pela perturbação emocional dos acompanhantes.
- Os acompanhantes emocionalmente perturbados percebem maiores problemas emocionais e comportamentais nas crianças, constatando-se diferenças estatisticamente significativas para as dificuldades totais, sintomas emocionais e hiperactividade. A percepção de problemas comportamentais é apenas influenciada significativamente pelos acompanhantes emocionalmente perturbados das crianças de 3 anos.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Neste capítulo, os resultados obtidos após tratamento estatístico são interpretados e apreciados de modo crítico, tendo como referência o estudo teórico desenvolvido na primeira parte. Para além disso, são tidos também em consideração alguns dados estatísticos disponibilizados pelo Hospital, assim como a experiência da investigadora como profissional do SUP que serviu como campo de estudo para esta investigação. São também feitas referências às limitações subjacentes a este estudo, bem como algumas sugestões para pesquisas futuras, e por fim são apresentadas as considerações finais com as principais conclusões da investigação e os seus contributos gerais.

1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Presentemente, não existem dúvidas de que a sobrelotação verificada nos serviços de saúde, nomeadamente nos SUs, é principalmente devida à má utilização por parte dos utentes que a eles recorrem indevidamente. Embora não exista informação sobre o número de crianças observadas sem critérios de urgência no SUP onde se desenvolveu o presente estudo, os dados estatísticos de 2008 fornecidos pelo Gabinete de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação do Hospital, mostram que 96.7% das crianças atendidas nesse ano teve alta clínica e apenas 3.5% foram internadas. Identicamente, os números revelados por Maia (1999) mostram que cerca de 90% das crianças que recorrem aos SUPs em Portugal regressam ao domicílio após serem observadas, o que reflecte a benignidade das situações.

Segundo os números do Gabinete de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação do Hospital que serviu de campo estudo, 57.5% das crianças que foram observadas no SUP no ano de 2004, e 65.4% no segundo semestre de 2009, não tinham critérios de urgência. Estes dados vêm reforçar a ideia de que a maioria das admissões nos SUPs são inapropriadas, isto é, poderiam ou deveriam ser solucionadas ao nível dos CSP.

Wills e DePaulo (1991, cit. por Duarte, 2002) consideram o comportamento de pedido de ajuda um processo complexo onde interagem as características de quem procura auxílio, o tipo de ajuda pretendida, o contexto e o prestador de auxílio. Já no ver de Pérez e colaboradores (1996), os factores sociais e psicológicos da família das crianças, são dos mais relevantes para a sobreutilização dos SUPs. Também na opinião de Pereira (1987, cit. por Duarte, 2002), a doença não pode ser apenas compreendida com a intervenção de variáveis biológicas, no sentido em que as variáveis psicossociais intervêm no significado social e pessoal da doença, e na própria reacção perante um problema de saúde.

Deste modo, ao realizar o presente estudo foi considerado pertinente analisar as características das crianças e acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao

SUP, bem como os factores contextuais relacionados com a organização e funcionamento dos serviços de saúde e os próprios recursos em saúde dos sujeitos da amostra. Para além disso, e com base na importância referida pela bibliografia, tentou-se analisar algumas características psicológicas das crianças e dos seus acompanhantes que possam contribuir para explicar a procura inapropriada do SUP. Assim, e tendo em conta os objectivos deste estudo, os resultados obtidos serão analisados e discutidos em 3 eixos: as características sócio-demográficas das crianças e dos acompanhantes, os factores contextuais da utilização do SUP e as variáveis psicológicas abordadas.

1.1. Características das Crianças e dos Acompanhantes e Utilização Inapropriada do Serviço de Urgência Pediátrica

A amostra do estudo foi constituída por 115 díades criança-acompanhante. Ao analisar as características das crianças da amostra, constatou-se que a maioria (81.7%) tem idades compreendidas entre os 29 dias e os 5 anos, sendo a média de idade da amostra de 2.71 anos. No entanto, é necessário referir que, tendo em conta os objectivos da investigação, a amostra foi seleccionada por conveniência, uma vez que se pretendeu obter no mínimo 30 sujeitos para cada um dos 3 grupos pretendidos (díades com crianças dos 0 aos 2 anos, díades com crianças de 3 anos e díades com crianças dos 4 aos 16 anos), o que de certa forma pode ter condicionado a média de idade da amostra. Ainda assim, constata-se que a amostra é coerente com a própria população do estudo, onde se verifica que o maior número de crianças que recorreu ao SUP no ano de 2008 tem idade inferior a 5 anos. O mesmo se passa com a estatística do ano 2005 deste serviço, o que comprova a grande afluência de crianças até esta idade.

Estes dados encontram-se em consonância com a maioria dos estudos sobre a utilização dos SUPs, que relatam uma maior incidência de crianças abaixo dos 6 anos de idade (Dieguez et al., 2004; Martínez & Moreno, 2008; Román et al., 2005). As maiores diferenças verificadas foram ao nível da distribuição das várias faixas etárias da amostra onde se constatou em maior percentagem as crianças dos 3 aos 5 anos (40.9%), seguida das crianças do 1 aos 2 anos (21.7%), dos 29 dias aos 11 meses (19.1%), dos 6 aos 16 anos (13.1%) e em menor percentagem os recém-nascidos até 28 dias (5.2%). Na população deste estudo e nos estudos anteriormente referidos o *ranking* é semelhante, sendo que a única diferença encontrada foi na faixa etária superior aos 6 anos, que

ocupa a 2ª posição dos maiores frequentadores do SUP (Martínez & Moreno, 2008; Román et al., 2005).

Ainda relativamente à idade, Pereira e colaboradores (2001) salientam que a maior frequência do uso inadequado dos SUs se encontra na pediatria, verificando-se uma progressiva diminuição da incorrecta utilização com o aumento da idade. Pasarin e colaboradores (2006) acrescentam mesmo que a idade inferior a 5 anos é tida como um factor determinante na utilização inapropriada dos SUs. Por seu lado, todos os estudos concordam com a existência de uma associação entre idade avançada e a utilização mais frequente e mais apropriada dos SUHs (e.g., Millán, 2008; Petersen et al., 1998).

Quanto ao sexo das crianças, verificou-se uma distribuição homogénea na amostra, sendo 60% do sexo feminino e 55% do sexo masculino. Apesar de não ser significativa, na maioria dos estudos encontrados na pesquisa teórica prevalecem as crianças do sexo masculino (Dieguez et al., 2004; Román et al., 2005).

A maior parte das crianças da amostra ocupa o primeiro lugar na fratria (58.3%), seguidas das crianças “segundos filhos” (33.0%). Pérez e colaboradores (1996) verificaram que quanto menor é a média do número de filhos, maior é a recorrência ao SUP. Actualmente, estão estudados comportamentos diferentes dos pais consoante a posição dos filhos na esfera familiar. Por exemplo, relativamente aos padrões comportamentais da família perante o segundo filho, Kreppner (1995) constatou um forte declínio na preocupação materna com este durante os primeiros 8 meses. Esta pode ser uma explicação da maior frequência inapropriada de crianças “primeiros filhos” no SUP. De facto, a própria experiência da investigadora como profissional no serviço, constata que estes pais aparentam níveis de ansiedade e de stress mais elevados perante a doença do filho, o que pode justificar o recurso inapropriado aos serviços de saúde. Contudo, tal não se pode generalizar de ânimo leve, e este pode ser um dado interessante para ser estudado futuramente com mais pormenor. Por outro lado, não convém esquecer que actualmente a taxa de natalidade tem vindo a diminuir, e que muitas famílias têm apenas um único filho, o que pode por si só justificar a maior percentagem de crianças que ocupam o primeiro lugar na fratria.

Relativamente à raça/etnia, constatou-se que a maioria das crianças que recorreu inapropriadamente ao SUP é caucasiana (78.3%). No entanto, importa referir que a amostra foi convenientemente seleccionada de forma a cumprir os critérios de inclusão

(entre os quais saber ler e escrever), e por outro lado, a aceitação de participação no estudo pelas minorias étnicas foi inferior. Isto pode ser justificativo do facto destes resultados serem contraditórios aos de alguns estudos que verificaram maior utilização inadequada por determinadas raças, minorias étnicas e por indivíduos marginalizados (e.g., Lang et al., 1997; Marin et al., 1997).

Grande parte das crianças (78.3%) que foram inapropriadamente observadas no SUP não possui qualquer patologia crónica, e apenas 3.48% apresenta deficiência ou perturbação do desenvolvimento. Isto vem de encontro aos estudos de Cunningham e colaboradores (1995) e Young e colaboradores (1996), que demonstraram que a existência de antecedentes patológicos e de deficiência física se encontra com maior frequência associada à correcta utilização dos SUHs. Com efeito, é importante lembrar, que tendo em conta os critérios de triagem no SUP onde se desenvolveu o estudo, as crianças com patologia crónica e perturbação do desenvolvimento têm sempre critérios de urgência, salvo excepções em que a situação não seja claramente justificada, tendo sido neste caso que foram seleccionadas para a amostra.

No que respeita aos acompanhantes das crianças, verificou-se que são maioritariamente mães (76.5%), têm uma idade média de 34 anos e 59.1% são casados. A maior parte dos acompanhantes inquiridos tem o ensino secundário (40.9%), seguidos do ensino superior (20.0%), e em menor percentagem constatarem-se habilitações mais baixas. Grande parte encontra-se profissionalmente activo (73.9%), enquadrando-se as suas actividades laborais em maior percentagem nos graus 3º (23.5%), 4º (20.5%) e 5º (23.5%).

Em estudos similares verificou-se que a maior utilização inadequada dos SUHs está associada ao sexo feminino (e.g., Millán, 2008; Pereira et al., 2001), aos indivíduos solteiros e divorciados (eg., Padgett & Brodsky, 1992; Sun et al., 2003) e com actividade profissional activa (e.g., Boushy & Dubinsky, 1999; Pereira et al., 2001). Referente aos acompanhantes, também Paúl (1999c) constatou que são frequentemente as mulheres que acompanham o doente ao SU, reflectindo o seu papel maioritário na prestação de cuidados. Por outro lado, Duarte (2002), relativamente ao comportamento do pedido de ajuda, afirma que as mulheres procuram mais rapidamente ajuda do que os homens.

As habilitações literárias predominantes na amostra são mais elevadas do que seria de esperar, revelando dados contraditórios comparativamente com a maior parte dos estudos. No entanto, no que respeita a esta característica amostral, verificam-se opiniões discordantes. Por exemplo, para Antón e colaboradores (1992) a maioria dos frequentadores dos SUPs possui o ensino primário e os acompanhantes com curso superior procuram menos este serviço. Por seu lado, Pereira e colaboradores (2001) e Millán (2008) associam a utilização inadequada dos SUHs ao maior grau académico. Já os dados deste estudo estão de acordo com os do Ministério da Educação, segundo o qual, entre o ano lectivo de 1960/61 e o ano lectivo de 2007/08, a procura do sistema educativo registou um aumento global superior a 700 000 alunos. Ainda de acordo com este Ministério, a taxa de escolarização do ensino secundário mais do que sextuplicou nos últimos 30 anos, o que pode ser justificativo das elevadas habilitações académicas da amostra.

Relativamente às categorias profissionais dos acompanhantes, encontram-se de acordo com as classes sociais mais baixas associadas à maior utilização dos SUs (Antón et al., 1992; Arias et al., 1993; Braun et al., 2002, Dieguez et al., 2004; Millán, 2008; Pasarin et al., 2006), sendo os indivíduos menos privilegiados socialmente os que mais procuram o SU como porta de entrada no sistema de saúde (Waters & Cliff cit. por Silva, 1988). Pelo contrário, Fonseca (1991) constatou que o SU foi significativamente menos utilizado pela classe baixa e mais utilizado pelas classes alta e média alta.

Ressalve-se porém, que nem a categoria profissional nem as habilitações literárias são preditivas da classe social dos indivíduos, pois outros factores devem ser tidos em conta. Para se poder estudar detalhadamente as classes sociais dos utilizadores frequentes do SUP seria necessário explorar outras características, nomeadamente as fontes de rendimento e o tipo de habitação. É também importante lembrar que na análise dos resultados deste estudo, os dados podem estar enviesados pelos critérios de inclusão na amostra.

1.2. Factores Contextuais da Utilização Inapropriada do Serviço de Urgência Pediátrica

Para além da caracterização sócio-demográfica dos utentes que recorreram inapropriadamente ao SUP, foi objectivo deste estudo descrever os factores contextuais da sua utilização, relacionados com a organização e funcionamento dos serviços de saúde, e com os próprios recursos dos inquiridos em matéria de saúde. Assim, relativamente à frequência semanal constatou-se que os dias da semana com maior afluência foram os sábados, domingos e segundas-feiras. Relembre-se que a recolha dos dados não foi probabilística, mas ainda assim estes resultados vêm de acordo com a própria experiência pessoal da investigadora, como profissional do serviço onde se procedeu ao estudo. Também outros estudos mostram que, os sábados, domingos, dias festivos e segundas-feiras são os dias da semana em que a procura pelos SUPs é maior (Antón et al., 1992; Dieguez et al., 2004; Román et al., 2005).

A distribuição horária da frequência ao SUP mostrou que 47.8% das crianças da amostra recorreram a este serviço durante o turno da manhã (8h-16h), 32.2% durante o período da tarde (16h-22h30) e 20.0% durante a noite (22h30-8h). Contudo, o horário de maior procura dos SUPs verificado na maior parte dos estudos foi entre as 15 e as 24 horas (Antón et al., 1992; Cabeza et al., 2007; Dieguez et al., 2004; Martínez & Moreno, 2008; Román et al., 2005), seguido das 8 às 15 horas (Antón et al., 1992; Cabeza et al., 2007; Dieguez et al., 2004; Román et al., 2005), sendo o período nocturno entre as 23 e as 7 horas onde se verificou menor afluência (Cabeza et al., 2007; Román et al., 2005). Estes estudos são de facto, os que se encontram mais de acordo com os números globais evidenciados pelo SUP. Esta pequena discrepância nos resultados da amostra pode ser explicada pelo facto de a amostragem ter sido obtida por conveniência e disponibilidade do serviço. Note-se que o período da tarde é o período mais agitado no SUP, o que condicionou a disponibilidade para recolher dados.

Vários são os estudos que mostram que a hora e o dia da semana exercem influência na procura de cuidados nos SUHs. Segundo o estudo de Fernández e colaboradores (2000) é às segundas-feiras e aos fins-de-semana que existe maior número de pacientes a recorrerem ao SUH por iniciativa própria, sendo nas horas pré e pós-laborais, e na hora correspondente à pausa para almoço onde a afluência é mais elevada. Relativamente à utilização inadequada, Pereira e colaboradores (2001) e Millán

(2008) referem que esta diminui aos fins-de-semana e durante a noite, considerando que não existem outras alternativas de cuidados por estarem encerrados, e aumenta no período da manhã e da tarde dos dias de semana, o que está em concordância com os resultados desta investigação. Também o estudo de Pasarín e colaboradores (2006) mostrou que os indivíduos ajustam a oferta dos serviços ao seu contexto vital (familiar, laboral, etc). Isto significa que a situação de vida das pessoas, as suas necessidades pessoais, familiares e sociais, influenciam a escolha do tipo de serviço para resolução do problema de saúde. Por conseguinte, os autores verificaram que a falta de flexibilidade horária da vida quotidiana dos indivíduos e das entidades laborais fazem com que optem por serviços com cuidados urgentes. Pasarín e colaboradores (2006) concluem mesmo que quanto mais importância tem o factor tempo, maior é a probabilidade de o indivíduo se dirigir a um SUH.

Importa ainda ressaltar um dado curioso obtido durante este estudo, respeitante ao facto de os acompanhantes das crianças mais pequenas (menos de 6 anos) terem sido os que recorreram inapropriadamente durante o período da noite. Constatou-se também que a maioria dos recém-nascidos da amostra (66.7%) foi observada inapropriadamente no SUP depois das 22h30. Este facto pode estar mais uma vez ligado a algum nível de stress e ansiedade por parte dos cuidadores, sendo um dado interessante para estudos futuros.

Os principais problemas pelos quais as crianças foram levadas ao SUP estavam relacionados com sinais e sintomas das vias aéreas inferiores (24.3%) e superiores (18.3%), sinais e sintomas gastrointestinais (18.3%), sinais e sintomas tegumentares (9.6%), e sinais e sintomas genitourinários (2.6%). Constataram-se ainda queixas específicas como odontalgia e cefaleias, e inespecíficas como choro e dor abdominal, num total de 13.0%. A febre foi em 10.4% dos casos o único motivo de procura pelo SUP. Em menores percentagens verificaram-se os acidentes e traumatismos sem gravidade (1.7%) e a realização de exames complementares de diagnóstico (1.7%). Os motivos de recurso ao SUP mais frequentes aferidos em outros estudos foram: as infecções e a dificuldade respiratória, as patologias gastrointestinais e os traumatismos (Cabeza et al., 2007; Martínez & Moreno, 2008); a febre (Cabeza et al., 2007; Dieguez et al., 2004) e os sinais e sintomas mal definidos (Antón et al., 1992). O estudo de Román e colaboradores (2005) mostrou que 75% das crianças apresentaram doenças comuns e 8% sofreram acidentes domésticos, sendo a alta para o domicílio mais

frequente que a hospitalização (7%). Note-se que a recolha dos dados deste estudo foi realizada durante os meses de inverno, o que pode justificar a maior percentagem de queixas do nível respiratório, o que coincide com os estudos pediátricos.

A assistência de saúde de 69.6% das crianças é regularmente feita pelo médico de família e de 31.3% por pediatra privado. Ainda assim, constatou-se que 15.7% das crianças não são seguidas regularmente por nenhum clínico, enquanto que 16.5% faz a sua rotina de saúde tanto no pediatra privado como no médico de família. Estes resultados são semelhantes aos obtidos pelo estudo de Fonseca em 1991, no qual 40% das crianças cujos pais optaram por recorrer ao SUP tinham médico de família no centro de saúde, 27% tinham pediatra privado, 17% pediatra da misericórdia, 3% tinham mais do que um médico e 3% não tinham assistência regular.

Kinie e Strait (1998) referem como um dos motivos principais da utilização do SUP por causas não urgentes durante o período de funcionamento dos CSP, o facto de os utentes não terem um médico de cuidados primários. Também Pasarin e colaboradores (2006), verificaram que os maiores utilizadores dos SUHs são os indivíduos de baixo nível sócio-económico, com alta acessibilidade a estes serviços mas baixa a serviços extra-hospitalares, sem um médico de família de referência. Esta situação não se verificou no presente estudo, visto ter-se constatado que a maioria das crianças da amostra tinha pelo menos um médico de referência. Isto pode levar a crer que os motivos pelos quais os acompanhantes optaram pelo SUP são de outra índole e é um dado que importa estudar de forma sistemática.

Cabeza e colaboradores (2007) conferiram que um dos motivos mais referidos para a procura do SU foram a falta de acessibilidade a um pediatra. Contudo, os mesmos autores verificaram que 94.9% dos inquiridos optaria pelo SU mesmo que os filhos não fossem observados por um especialista em pediatria. Segundo Paúl (1999c), actualmente sentem-se dificuldades no acesso ao sistema de saúde português. Para esta autora, os serviços públicos não oferecem respostas atempadas para os problemas de saúde da população, constatando que a maioria dos inquiridos no seu estudo referiu utilizar a medicina privada por melhores condições de acesso, maior rapidez e disponibilidade de atendimento (Paúl, 1999b). Apesar da avaliação mais positiva relativamente ao sistema público, Paúl (1999b) constatou que 82% dos inquiridos afirmou recorrer ao sistema privado de saúde, principalmente para consultas de especialidade, exames complementares e consultas urgentes. Ainda assim, o estudo

desta autora revelou que, apesar da maioria dos inquiridos utilizar a medicina privada, 56% preferiria optar pelos serviços de saúde Estatais. Com efeito, apesar das críticas e do número elevado de problemas levantados, constatou que o SU continuava a ser a primeira escolha, sendo mantida uma clara confiança nos serviços de saúde públicos.

Quando questionados se já tinham recorrido com a sua criança a outro serviço de saúde com o problema que motivou a procura pelo SUP, 56.5% dos acompanhantes deste estudo admitiram que não, enquanto que 43.5% responderam afirmativamente, sendo que os mais procurados foram o pediatra particular e o CS. Similarmente, o estudo realizado por Fonseca (1991) mostrou que das 30 mães que optaram por recorrer a um SUH com as suas crianças, apenas 10 (33.3%) se tinham dirigido a outro serviço com o mesmo problema, tendo sido o SAP o mais procurado. Note-se que, no presente estudo o SAP apenas foi procurado por 2 acompanhantes. Também Dieguez e colaboradores (2004) apuraram que 57.6% das assistências no hospital não foram precedidas de uma procura de serviços de CSP. Segundo o estudo de Antón e colaboradores (1992), 52% da amostra não procurou previamente ajuda nos serviços de CSP ou médicos assistentes, e 79% recorreu ao SUP por iniciativa própria. Já Cabeza e colaboradores (2007) constataram que cerca de 37.5% dos pais tinham recorrido a outro médico extra-hospitalar no mesmo dia, mas ainda assim decidiram procurar o SUH.

Na verdade, apesar de grande parte do uso inadequado dos SUHs ser atribuído à falta de acessibilidade a outros tipos de cuidados de saúde (Cunningham et al., 1995; Padgett & Brodsky, 1992; Rosenblatt et al., 2000; Sun et al., 2003) e à falta de serviços alternativos (Oster & Bindman, 2003; Rosenblatt et al., 2000), neste estudo constatou-se que apenas 26.1% dos acompanhantes referiu não ter conseguido marcar consulta no CS ou no consultório do pediatra particular da criança, o que mostra que a maior parte (73.9%) decidiu recorrer espontaneamente ao SUP por outros motivos.

Com efeito, vários são os estudos que demonstram que a existência de défices nos CSP tem uma influência directa na procura inadequada dos SUHs. Segundo Cabeza e colaboradores (2007), a causa mais frequente do uso incorrecto dos SUHs é a deficiência organizacional dos CSP e a falta de acessibilidade a um pediatra. Alberola e Rivera (1994) encontraram uma associação significativa com o tipo de CSP em meio rural e a utilização inadequada dos SUHs, constatando que o alargamento do horário de funcionamento dos CSs diminui a utilização dos SUHs.

No que respeita aos UF do SUP escolhido para o estudo, constatou-se que cada criança recorreu em média a este serviço 5.13 vezes entre Janeiro e Novembro de 2008. O número máximo de consultas verificado neste período por cada criança foi de 21. Segundo a bibliografia, o número de recorrências repetidas pelo mesmo paciente é uma das causas de maior utilização dos SUHs. Geralmente estas estão associadas a níveis sócio-culturais mais reduzidos (Arias et al., 1993; Sanchez et al., 1996), graves carências sociais, patologia crónica, várias hospitalizações e proximidade geográfica (Sanchez et al., 1996). A maioria destas consultas é causada por problemas banais que saem fora do conceito de uma urgência hospitalar (Paúl, 1999b) e as crianças são sujeitas a um número excessivo de testes analíticos e radiológicos (Sanchez et al., 1996).

Na sua investigação, Cabeza e colaboradores (2007) constataram que 13.6 % dos pacientes tinham sido previamente examinados no SUP nas 72 horas anteriores. Camí e colaboradores (2003) verificaram que em 17.8% dos casos existiu um motivo familiar para o retorno das crianças ao SUP nas 72 horas anteriores, destacando-se em maior percentagem a ansiedade familiar. Para Camí e colaboradores (2003), a percentagem de retorno é mais significativa quanto menor é a idade da criança, o que é coincidente com outros estudos (Dieguez et al., 2004; Zimmerman et al., 1996, cit. por Camí et al., 2003). Segundo o autor, tal pode ser justificado pela maior angústia paternal e diagnósticos médicos menos claros, característicos das faixas etárias mais baixas (inferior a 3 anos).

Jyväsjarvi (2001), ao investigar os factores psicossociais, familiares e a morbilidade crónica associada aos UF, constatou que, de entre outros factores, tinham particular relevância as doenças do aparelho circulatório, do sistema musculoesquelético e as perturbações psiquiátricas. Também o estudo de Karlsson e colaboradores (1997) confirma a existência de uma elevada morbilidade não só física mas também psiquiátrica entre os UF dos CSP.

1.3. Variáveis Psicológicas e Utilização do Serviço de Urgência Pediátrica

São inúmeras as perspectivas que procuram explicar o que faz com que um indivíduo identifique um problema de saúde e recorra à ajuda médica. Vários estudos

têm demonstrado que a cultura na qual o indivíduo está inserido intromete-se na forma como ele experiencia e expressa os seus sintomas, no modo como avalia e aborda os seus problemas de saúde, e no seu padrão de pedido de ajuda e resposta ao tratamento para a sua doença (e.g., Ahumada 1990, cit. por Duarte, 2002; Good, 1977; Kleinman, 1981; Zborowski, 1952; Zola, 1973). Para Paúl e Fonseca (2001), a procura de cuidados é uma resposta socialmente aprendida, moldada pela aprendizagem e mediada pelo nível cultural do indivíduo. A influência das pessoas significativas no comportamento de doença do indivíduo está devidamente estudada. Para Bishop (1994), as representações de doença, para além de serem construídas com base nas influências aprendidas em experiências pessoais prévias de situações de doença, são também dominadas pela própria rede familiar e social. Também para Freidson (1970, 1988) e Leventhal e colaboradores (1984), a apreciação dos sintomas e o grau em que estes já requerem atenção profissional, envolve a partilha de informação do indivíduo com os membros da família, os amigos e os colegas de trabalho. Apesar desta evidência, neste estudo constatou-se que apenas 27.8% dos acompanhantes admitiram ter recorrido ao SUP com a sua criança por aconselhamento de familiares, amigos ou outros conhecidos, o que pode levar a pensar que a maioria se baseou nas suas próprias concepções e experiências pessoais.

A maior parte das teorias cognitivas partilham a suposição de que as atitudes dos indivíduos estão relacionadas com as suas crenças, pelo que a maioria das investigações que teve como objectivo prever os comportamentos de saúde deu grande ênfase a este factor (Leventhal et al., 1980; Hespanha, 1987, cit. por Duarte, 2002). Para Paúl (1999a), uma parte não desprezável da atitude dos utentes na avaliação dos serviços de saúde corresponde a preconceitos e estereótipos que são independentes da experiência pessoal.

Partindo desta premissa, este estudo pretendeu também explorar as principais crenças associadas à utilização inapropriada do SUP. Questionados sobre o motivo por que recorreram ao SUP, 86.1% dos acompanhantes afirmaram terem-no feito porque se sentem mais seguros e confiantes, 65.2% consideram que os médicos são mais experientes e competentes e 90.4% porque sabem que têm acesso fácil e gratuito a meios auxiliares de diagnóstico. Relativamente ao facto de considerarem o atendimento mais rápido no SUP, apenas 36.5% dos acompanhantes concordaram, mas ainda assim 48.7% pensam que o atendimento é mais acessível neste serviço. Dos inquiridos, 61.7%

considera que o horário de atendimento no SUP é mais compatível com a sua vida profissional e quotidiana. Constatou-se ainda que, tal como seria de esperar, as crenças sobre o SUP influenciam a procura deste serviço, sendo que quanto mais positiva é a opinião dos acompanhantes maior é o NCA.

Os dados deste estudo vêm de encontro aos motivos mais frequentes de procura dos SUPs relatados na bibliografia: a reputação e a maior confiança no hospital (Antón et al., 1992; Cabeza et al., 2007); o facto de considerarem os cuidados mais adequados e com mais qualidade (Cabeza et al., 2007); a procura de uma segunda opinião (Cabeza et al., 2007); a procura por exames complementares de diagnóstico não disponíveis nos CSs (Cabeza et al., 2007; Pérez et al., 1996); a conveniência (Kinie & Strait, 1998); a facilidade horária (Pérez et al., 1996); a hora em que surgiu o problema (Antón et al., 1992); a prestação de cuidados 24h por dia e sem nenhum impedimento burocrático (Cabeza et al., 2007) e a maior rapidez de atendimento (Antón et al., 1992). Em Portugal, o estudo de Fonseca (1991) revelou que as mães que utilizaram o SU fizeram-no pela credibilidade (50%), pela acessibilidade (43.3%) e pela continuidade de cuidados (6.7%).

Monclús e colaboradores (1998) verificaram que os utentes tinham o perfeito conhecimento do que lhes pode oferecer o SUH, sendo o nível de utilidade e a tecnologia o que lhes dá confiança de um rápido e correcto diagnóstico. Com efeito, segundo Herzlich e Pierret (1984, cit. por Honoré, 1996/2002), a crença da sociedade nos benefícios da medicalização tornou-se num sinónimo de segurança. Também em Portugal, Paúl (1999a) se apercebeu da valorização que os indivíduos fazem dos exames complementares de diagnóstico, nomeadamente do popular raio-x.

Actualmente, os serviços de saúde são procurados de forma distinta por diferentes pessoas em função do modo como percebem o contexto da sua patologia e a sua provável evolução (Serra, 2004). No entender de Duarte (2002), a concepção subjectiva de saúde e a percepção pelo indivíduo, ou pelos que lhe estão mais próximos, de que algo não está dentro dos parâmetros habituais de desempenho, determina a decisão da procura de assistência médica. Neste sentido, para Iturra (1988, cit. por Duarte, 2002), cada pessoa gere as suas condições para manter a saúde de acordo com a sua teoria, fruto dos seus saberes e interpretações pessoais.

Relativamente às percepções dos acompanhantes sobre a gravidade e a urgência do problema de saúde da criança que motivou a procura pelo SUP, neste estudo constatou-se que 52.2% não consideraram o problema grave. No entanto, 66.1% consideraram ser uma situação mais urgente do que outros problemas de saúde anteriores, motivo pelo qual decidiram recorrer ao SUP. De realçar que 28.7% dos acompanhantes tinham a perfeita noção de que a situação da criança não era grave nem urgente, mas 42.6% perceberam o problema de saúde como grave e como urgente.

Semelhantemente, no que respeita à percepção de urgência, Martínez e Moreno (2008) no seu estudo constataram que 77.4% das urgências foram sentidas e apenas 22.6% das urgências foram reais. A percepção de necessidade de atenção imediata por parte dos utilizadores trata-se de um dos principais factores citados na bibliografia como explicativos da utilização indevida dos SUHs. Vários estudos mostram que, entre os motivos frequentes da procura dos SUPs constam o facto de se considerar um problema grave (Pérez et al., 1996), de se pensar que a criança necessita de cuidados imediatos (Cabeza et al., 2007), o alarmismo pelos sintomas (Antón et al., 1992), e de se sentir o problema como uma emergência (Kinie & Strait, 1998).

Na perspectiva de Monclús e colaboradores (1998), a decisão de procurar o SU surge da percepção pessoal de um problema urgente, agravado pela continuidade no tempo. Também para Grumbach e colaboradores (1993), a percepção de gravidade pelo paciente ou pelos seus familiares influencia a utilização dos SUs. No entender de Paúl (1999a), os serviços de saúde são geralmente procurados por doentes em situação de crise mais ou menos grave, e por isso este não se trata de um mero acto de compra voluntária de um serviço, assumindo as características dramáticas de uma urgência. Como tal, segundo a mesma autora, o estreitamento do campo de consciência limita-se ao problema actual, diminuindo a capacidade discriminativa presente num acto de escolha voluntária de qualquer outro bem de consumo. Na óptica de Duarte (2002), o significado atribuído a um sintoma depende do tipo de sinais. Aqueles que afectam partes do corpo consideradas de maior importância podem ser interpretados como mais graves e requerentes de maior atenção.

O facto de 28.7% dos acompanhantes do estudo terem recorrido ao SUP, mesmo não considerando a situação da criança grave nem urgente, pode ser justificada de várias formas. Para Herzlich e Pierret (1984, cit. por Honoré, 1996/2002), os progressos médicos permitiram atenuar a expressão física da doença, de tal forma que todos os

desvios à norma se tornam um sinal de enfermidade, daí que se possa explicar a utilização dos serviços mesmo não considerando um problema grave. Por outro lado, Cabeza e colaboradores (2007) referem que os pais não procuram o SUH com base na gravidade do estado da criança, mas pela facilidade de acesso a um pediatra com meios de diagnóstico mais disponíveis, sem necessidade de marcação ou referência prévia. Já Fonseca (1991), constatou que o modo de utilização teórico que os pais declaram que fariam perante situações hipotéticas de doença dos filhos, não coincide com o modo de utilização real dos diversos serviços nem com os critérios técnico-profissionais de utilização racional dos mesmos. Também Jiménez (2006) defende que o grau de sofrimento (físico e psicológico) do paciente e as suas expectativas face à assistência a receber, influenciam significativamente a percepção do paciente e família sobre a sua situação clínica, razão pela qual deve ser sempre tida em conta na avaliação do grau de urgência, especialmente na população pediátrica, em geral mais vulnerável e subjectiva.

A maioria dos acompanhantes (49.6%) que recorreu inapropriadamente ao SUP considera a sua criança mais frágil do que as outras crianças da sua idade, e apenas 13% considera a sua criança menos frágil, sendo que 37.4% não acha a sua criança diferente das outras. Segundo Levy e colaboradores (cit. por Silva, 1990), a crença de que os seus filhos são especialmente vulneráveis é uma das razões mais frequentemente levantadas pelos pais para recorrerem ao SUP. Na perspectiva de Ribeiro (2007), o estado de saúde pode ser considerado causa de vulnerabilidade à doença ou pode contribuir para a invulnerabilidade. Para este autor, a saúde pode influenciar o próprio estado de doença do indivíduo na medida em que é o primeiro determinante de susceptibilidade. Neste sentido, o facto da maioria dos acompanhantes considerarem a sua criança mais frágil poderá explicar a utilização inadequada do SUP, se bem que para comprovar estes dados seria necessário a comparação com utilizadores apropriados.

Relativamente ao NCA, constatou-se que são influenciadas pela percepção dos acompanhantes sobre a fragilidade das crianças, sendo os acompanhantes que consideram as suas crianças mais frágeis os que utilizaram mais vezes o SUP. Durante o ano de 2008, as crianças consideradas frágeis foram observadas em média 7.07 vezes no SUP, as crianças consideradas menos frágeis 2.67 vezes, e as que não são consideradas diferentes das outras crianças foram assistidas 3.42 vezes.

Tendo em conta os resultados obtidos neste estudo, a procura inapropriada dos SUPs pode ser também explicada à luz de alguns modelos sócio-cognitivos. Assim,

baseada no Modelo de Crenças da Saúde (Becker, 1974), a procura de cuidados pode ser explicada pela percepção do acompanhante da sua criança como frágil, a qual associada à percepção de gravidade/urgência do problema de saúde, o estimula a procurar o médico após acreditar que os benefícios obtidos (neste caso a resolução do problema de saúde) ultrapassam as barreiras desta acção (e.g., riscos para a criança decorrentes do contacto com o meio hospitalar, perda de tempo, custos financeiros derivados das taxas moderadoras, etc.). Isto, associado às crenças sobre o SUP (acessibilidade, comodidade, segurança, confiança, etc.) motiva o acompanhante a procurar o SUP.

Se aplicada a Teoria da Motivação para a Protecção (Rogers, 1983), é mais provável que um indivíduo procure inapropriadamente o SUP em resposta a um sinal de doença na criança que lhe provoque medo/inquietação, se acreditar que a sua criança é frágil podendo por isso contrair uma doença, que essa doença poderá trazer consequências graves, e se estabelecer uma relação entre o comportamento de procurar ajuda num serviço de saúde e a resolução do problema, considerando-se capaz de se envolver nesse comportamento.

A procura inapropriada do SUP pode também ser explicada pelo Modelo de Auto-Regulação de Leventhal (Leventhal et al., 1997; Leventhal & Nerenz, 1985). Assim, perante a percepção dos sintomas da criança e da atribuição de um significado de carácter grave/urgente ao problema, baseado nas cognições que detém sobre esse problema, o acompanhante selecciona estratégias que lhe permitam restabelecer o estado de saúde que considera normal para a criança, que neste caso passam por procurar ajuda profissional no SUP.

Relativamente à percepção do temperamento da criança, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os acompanhantes da amostra que vêem a sua criança como difícil (43.4%) e os acompanhantes que não consideram a sua criança difícil (56.6%). Foi também possível constatar que o NCA está relacionado com a percepção do temperamento da criança pelos acompanhantes, sendo as crianças percepcionadas como difíceis as que utilizaram mais vezes o SUP no ano de 2008. Nesse ano, as crianças difíceis da amostra foram observadas 8.61 vezes, enquanto que as crianças não difíceis tiveram 4.23 consultas. Isto pode ser interpretado pelo facto dos acompanhantes que consideram as suas crianças com um temperamento difícil sentirem maiores dificuldades em prestar cuidados, e por isso procurarem apoio em serviços de

saúde, mesmo que o problema não seja urgente ou grave. Contudo para se poder chegar a tal verificação seriam necessários outros tipos de estudos.

Ao investigar indicadores de possíveis transtornos psicopatológicos nas crianças que foram observadas inapropriadamente no SUP, constatou-se que, relativamente ao SDQ respondido pelos acompanhantes, na pontuação considerada anormal se encontram 24.2% das crianças no Total de Dificuldades, 14.5% na Escala de Sintomas Emocionais, 37.1% na Escala de Problemas de Comportamento, 24.2% na Escala de Hiperactividade, 12.9% na Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas e 16.1% na Escala de Comportamento Pró-Social.

Os resultados de Golfeto (2003) mostraram que, 18.7% das crianças tinham uma pontuação considerada anormal no Total de Dificuldades, 30.8% na Escala de Sintomas, 17.7% na Escala de Problemas de Comportamento, 16.8% na Escala da Hiperactividade e 14% na Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas, não tendo feito a avaliação da Escala do Comportamento Pró-Social. Este autor considera que os resultados do seu estudo são aproximados à prevalência destes distúrbios na população pediátrica, uma vez que constatou existirem poucas diferenças significativas em comparação com os outros estudos da literatura. Assim, partindo deste princípio, pode-se afirmar que, comparativamente aos resultados de Golfeto (2003), na amostra deste estudo existe maior percentagem de crianças com total de dificuldades, com problemas de comportamento e com hiperactividade. Por seu lado, existem menos crianças com sintomas emocionais e com problemas de relacionamento.

Ao analisar a amostra total das crianças que recorreram inapropriadamente ao SUP constatou-se que apenas o grupo de crianças de 3 anos apresenta pontuações médias de SDQ consideradas borderline na Escala de Problemas de Comportamento e na Escala de Comportamento Pró-Social, apresentando uma pontuação média considerada normal nas restantes escalas e no Total de Dificuldades. No que respeita ao grupo de crianças dos 4 aos 16 anos, verificou-se que apresenta pontuações médias consideradas normais em todas as escalas e no Total de Dificuldades do SDQ.

Comparativamente com os resultados para as crianças portuguesas encontrados por Gaspar (s.d.), constata-se que o grupo de crianças com 3 anos que foram observadas inapropriadamente no SUP apresentam valores médios de SDQ superiores no Total de Dificuldades, na Escala de Problemas de Comportamento e na Escala de Problemas de

Relacionamento com os Colegas. Relativamente ao grupo de crianças dos 4 aos 16 anos, em comparação com o grupo de crianças dos 3 aos 6 anos da população portuguesa estudada por Gaspar (s.d.), apenas se encontram valores médios de SDQ superiores na Escala de Relacionamento com os Colegas, que ainda assim é considerada uma pontuação normal.

Esta investigação mostrou ainda que o NCA no SUP é mais elevado quanto maior é a percepção dos acompanhantes de dificuldades totais e problemas de comportamento nas crianças de 3 anos, e de hiperactividade nas crianças dos 3 aos 16 anos. O estudo revelou ainda que quanto pior é o comportamento pró-social das crianças dos 3 aos 16 anos maior é NCA.

O número de crianças com alterações do foro psicológico e psiquiátrico parece estar a aumentar. A estatística do Departamento de Pedopsiquiatria divulgada pelo Gabinete de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação do Hospital onde se realizou o estudo, revela que os casos são cada vez mais frequentes, e que as alterações do comportamento são um dos principais motivos de procura de consultas. No ano de 2008, 599 crianças foram observadas no SUP pela especialidade de pedopsiquiatria, das quais 78 foram internadas. Acrescente-se ainda que, o número de crianças observadas no SUP pela especialidade de pedopsiquiatria apenas foi ultrapassado pelas especialidades de pediatria médica (76 709), pediatria cirúrgica (6 522), ortopedia infantil (4 800) e otorrinolaringologia (1 556). Em 2008, foram internadas no serviço de pedopsiquiatria, durante 25 dias médios, 120 crianças das quais 65% através do SUP. O serviço de internamento de pedopsiquiatria revelou uma taxa de ocupação de 81.1% no referido ano, sendo o segundo serviço com maior taxa de ocupação do Hospital. Os dados estatísticos revelaram ainda 476 casos de crianças internadas neste Hospital por motivos de índole físico que necessitaram de avaliação por pedopsiquiatra. O total de consultas externas nesta especialidade somou 15 725, pouco inferior ao total de consultas de pediatria médica (17 785), semelhante ao de imuno-alergologia (15 077), e superior a todas as outras especialidades.

Estes números, associados aos resultados do presente estudo, revelam a já suspeitada crescente população pediátrica com problemas de saúde mental e comportamental. Como argumenta Fonagy (1998), a incidência de perturbações mentais na infância e adolescência é elevada (cerca de 20%), mas apenas uma pequena parte

desta população acede aos serviços de saúde (10-15%), o que leva a crer que estes números são na realidade superiores.

Na bibliografia encontram-se vários estudos que revelaram a presença de crianças com problemas emocionais e comportamentais nos serviços de saúde. Lavigne e colaboradores (1998) concluíram que existe uma correlação consistente entre a utilização dos serviços de saúde e a psicopatologia infantil. Também ten Brinke e colaboradores (2001) verificaram uma evidente associação entre disfuncionamento psicológico e o aumento da utilização dos cuidados de saúde dentro de um grupo de doentes com doença crónica. Campo e colaboradores (1999) concluíram que as crianças com sintomatologia somática têm um risco acrescido de desenvolver transtornos psiquiátricos, disfunção familiar, debilitação funcional, e de usar mais frequentemente os serviços de saúde. Para Lavigne e Faier-Routman (1992) as crianças com perturbações físicas apresentam maior risco de desenvolverem problemas de ajustamento e sintomas de internalização e externalização. Igualmente Guedeney (1989) considera que as crianças com problemas psicológicos apresentam muitas vezes dificuldades escolares, ligadas quer a perturbações da atenção quer a dificuldades de aprendizagem; perturbações somáticas, que incluem problemas respiratórios e do foro otorrinolaringológico; e uma grande incidência de acidentes e comportamentos de risco. Russell e colaboradores (2008) mostraram também que, em 8% dos adolescentes observados num serviço de saúde foi diagnosticado um sintoma psicopatológico, sendo esta percentagem apenas ligeiramente inferior aos 9.5% e 12.5% da taxa de prevalência relatada por inquéritos realizados na comunidade britânica e indiana respectivamente. Segundo o autor, estes resultados demonstram que a prevalência de psicopatologia entre os adolescentes atendidos nos serviços de saúde é tão elevada como na população em geral. Também Costello e colaboradores (1988) identificaram problemas emocionais e comportamentais em crianças atendidas num serviço de CSP, tendo mesmo detectado estes distúrbios em 17% das crianças que foram consideradas pelos seus pais como não tendo qualquer alteração.

Jensen e colaboradores (1990) levaram a cabo uma investigação para determinar como outros factores de risco, para além dos sintomas físicos, se relacionavam com a utilização dos serviços de saúde. Os autores verificaram que, embora os níveis totais dos sintomas das crianças explicassem 27.6% da variação na utilização dos serviços de saúde, outros factores como por exemplo o stress e a psicopatologia parental

explicavam os 13.2% adicionais da variação nessa utilização. Também vários estudos citados por Douma e colaboradores (2006) revelaram que diferentes variáveis relacionadas com a criança (e.g., idade, sexo e etnia), com a mãe (e.g., nível educacional e psicopatologia) e com a família (e.g., apoio social) estavam associados com a necessidade de cuidados de saúde mental infantil (Horwitz et al., 2003; Poduska, 2000; Verhulst & Van der Ende, 1997; Wu et al., 1999).

Em relação à psicopatologia dos acompanhantes, constatou-se que os indivíduos da amostra apresentam valores médios inferiores em todas as dimensões e índices de BSI, comparativamente com os indivíduos da população em geral identificados por Canavarro (1999b). Ainda assim, notou-se que comparativamente com as médias destes últimos, 18.4% dos acompanhantes da amostra apresentam valores superiores na dimensão da Somatização, 26.9% nas Obsessões-Compulsões, 33.0% na Sensibilidade Interpessoal, 25.0% na Depressão, 15.7% na Ansiedade, 29.6% na Hostilidade, 13.1% na Ansiedade Fóbica, 33.8% na Ideação Paranóide e 33.8% no Psicoticismo. Nesta investigação, constatou-se também que a maioria (73.9%) dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP é considerada como pertencente à população geral. Ainda assim, 26.1% apresentam valores de BSI indicativos de perturbação emocional. Pode-se afirmar que estes dados vêm de encontro às conclusões de Chocrón e colaboradores (1995), segundo os quais um em cada três pacientes que recorrem a um serviço de saúde sofre de algum tipo de distúrbio psiquiátrico.

Na presente investigação constatou-se que a percepção sobre a gravidade e a urgência do problema de saúde que motivou a ida inapropriada ao SUP não é influenciada pela presença de perturbações emocionais nos acompanhantes. Relativamente à percepção da fragilidade da criança, os acompanhantes emocionalmente perturbados que recorreram inapropriadamente ao SUP consideram as suas crianças mais frágeis, enquanto que os acompanhantes não perturbados emocionalmente vêem as suas crianças tão frágeis como a maioria. No que respeita à percepção do temperamento da criança, apesar de não existirem evidências estatisticamente significativas para se poder afirmar que os acompanhantes perturbados são os que consideram as suas crianças difíceis, constatou-se que a percentagem de acompanhantes emocionalmente perturbados que consideram as suas crianças difíceis (58.3%) é superior à percentagem de acompanhantes não perturbados emocionalmente que também vêem as suas crianças como difíceis (39.0%).

No entanto, os vários estudos acerca do temperamento da criança mostram haver ligação entre a percepção do temperamento da criança e as características da mãe. Para Mebert (1991) as mães introvertidas, mais ansiosas, com menos auto-estima, com maior impulsividade, com mecanismos de defesa muito activos ou depressivas, identificam com mais facilidade o seu bebé como mais difícil. Também diversos autores citados por Figueiredo (2001) defendem que existe uma recíproca influência entre a conduta dos pais e o temperamento da criança (Acebo & Thoman, 1992; Crockenberg & Smith, 1982; Van den Bloom & Hoeksma, 1994; Van den Bloom & Gravenhorst, 1995; Pianta et al., 1989).

O presente estudo evidencia também que os acompanhantes emocionalmente perturbados consideram que as suas crianças têm mais dificuldades, mais problemas de relacionamento com os colegas, mais sintomas emocionais e são mais hiperactivas. Relativamente aos problemas de comportamento, apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas nos acompanhantes das crianças de 3 anos, sendo que os emocionalmente perturbados as consideram com maiores problemas. O facto de se ter encontrado relações entre a perturbação emocional dos acompanhantes e a existência de alguns problemas emocionais e comportamentais nas crianças, pode ser interpretado com base na influência familiar defendida por diversos autores. Por conseguinte, vários estudos comprovam uma maior probabilidade de crianças e adolescentes de famílias desestruturadas apresentarem problemas de comportamento (Emery et al., 1999 e Kuperman et al., 1999, cit. por Benavente, 2001; Seifer et al., 1998). Na opinião de Masten e Coastworth (1995), as bases genéticas de psicopatologia nos pais proporcionam um ambiente inadequado para a criança, o que pode influenciar a vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações. Com efeito, as adversidades podem desgastar os factores protectores individuais e consequentemente aumentar os sintomas psicopatológicos (Masten & Coastworth, 1995).

Pelo contrário, e num outro ponto de vista, vários estudos citados por Douma e colaboradores (2006) mostram que os pais de crianças e adolescentes com problemas emocionais ou comportamentais, comparativamente aos pais de jovens com desenvolvimento considerado normal, apresentam muitas vezes níveis de stress parental mais elevado, que são susceptíveis de exceder as próprias capacidades para cuidar dos seus filhos (Angold et al., 1998; Emerson, 2003; Floyd & Gallagher, 1997; Hayden & Goldma, 1996; Maes et al., 2003; Wallander et al., 2003). Em estudos posteriores seria

interessante analisar como se estabelece esta relação e qual das variáveis exerce maior influência.

Quanto ao NCA das crianças no SUP não se verificou evidência estatística suficiente para se poder afirmar que estão relacionadas com a presença de psicopatologia nos acompanhantes que utilizaram inapropriadamente este serviço. Porém, constatou-se que as crianças acompanhadas pelos sujeitos emocionalmente perturbados utilizaram em média mais vezes o SUP (6.40 consultas) do que os não perturbados (4.68 consultas). Estes resultados podem ser interpretados à luz do estudo de Douma e colaboradores (2006), que concluíram que a psicopatologia parental pode influenciar negativamente a sensação de competência para lidar com os problemas dos filhos. Os seus resultados dos investigadores mostraram que os problemas físicos e psicológicos estavam relacionados com a necessidade de algum tipo de "alívio de cuidados". Na opinião dos autores, este tipo de apoios são particularmente importantes por aliviarem o fardo sobre os pais, que é maior quando se deparam com situações de maior stress, como é o caso das que envolvem os filhos.

Numa outra perspectiva, segundo Wu e colaboradores (1999, cit. por Douma et al., 2006), os pais cuja criança sofre de problemas emocionais ou comportamentais são os que evidenciam maiores necessidades. Também Douma e colaboradores (2006) revelaram que os pais que percepcionavam problemas emocionais e comportamentais nos seus filhos eram os que necessitavam de mais apoio (um ouvido amigo, cuidados médicos, informações), seguidos pelos pais que identificavam apenas problemas comportamentais, sendo os que apenas percebiam problemas emocionais os menos necessitados. Com efeito, segundo os autores, parece que os problemas emocionais são menos perturbadores ou têm menos impacto sobre a vida familiar do que os problemas comportamentais. Tendo em conta estes estudos, o facto das crianças, cujos acompanhantes apresentam índices de perturbação emocional, terem recorrido mais vezes ao SUP, pode ser explicado por uma maior dificuldade sentida por estes.

1.4. Limitações do Estudo

O rigor metodológico e conceptual da discussão dos resultados obtidos implica a análise das limitações que estão subjacentes a este estudo, e que devem ser tidas em

consideração na interpretação dos resultados. No decorrer desta discussão foram já referenciados alguns obstáculos e dificuldades sentidas ao longo da concretização desta investigação, contudo importa salientar as que se consideram mais relevantes.

As principais limitações de carácter metodológico prendem-se com o tipo de amostragem utilizada. O facto de se ter utilizado um método não probabilístico para seleccionar a amostra interfere na sua representatividade. Com efeito, apesar de, segundo Maroco (2007), a amostragem por conveniência ser o método predominante na investigação em Psicologia por ser bastante acessível ao investigador, constitui-se como uma limitação que deve ser considerada. Sendo assim, a extrapolação dos resultados deste estudo deve ser cautelosa, pelo que se optou por não os generalizar para a população dos utilizadores inapropriados do SUP. Note-se ainda, que a investigadora já estava à partida ciente das limitações da utilização deste método de selecção da amostra, mas tendo em conta o carácter e a dinâmica onde foi desenvolvido o estudo foi o que se considerou mais possível de concretizar. Ainda assim, poder-se-ia ter utilizado a amostragem por quotas, por forma a procurar tornar a distribuição da amostra mais equivalente à população do estudo, podendo assim extrapolar-se para a mesma. No entanto, não existiam dados disponíveis sobre a percentagem de crianças que utilizaram o SUP sem critérios de urgência, pelo que não foi possível optar por este método.

Uma outra limitação está relacionada com o facto de este estudo se ter confinado unicamente a um SUP, o que também contribui para que os resultados não possam ser generalizados para todos os utilizadores inapropriados dos SUHs. Assim, seria desejável que o estudo fosse replicado com uma amostra aleatória e com uma representatividade geográfica mais alargada.

Também dificuldades relacionadas com a própria disponibilidade da investigadora, que optou por recolher os dados dentro do horário do serviço para que pudesse realizar a entrevista aos sujeitos da amostra, fez com que a recolha dos dados apenas se pudesse realizar em períodos de afluência mais calma, o que de certa forma também interferiu com alguns dos resultados obtidos, nomeadamente os respeitantes aos factores contextuais de utilização do SUP.

No que respeita a limitações de cariz conceptual, realça-se a carência de estudos portugueses sobre factores explicativos da utilização inapropriada dos SUs. Isto permite pensar que, embora seja uma realidade bastante actual e debatida entre os próprios

responsáveis da organização e funcionamento destes serviços, esta é ainda uma vertente pouco analisada no âmbito nacional. A maior parte dos estudos mais aproximados à realidade portuguesa foram encontrados em bibliografias espanholas. A escassez de trabalhos desta natureza em Portugal tornou este estudo de carácter exploratório-descritivo, na possibilidade de emersão de novas questões.

Apesar destas limitações, considera-se que o estudo apresenta alguns aspectos positivos que o enriqueceram. Alguns estudos sobre a utilização dos serviços de saúde utilizam amostras de sujeitos que, sendo utilizadores frequentes dos serviços, têm muitas vezes uma relação estreita com os profissionais, o que de certa forma pode influenciar os resultados devido a algum tipo de desejabilidade social. Nesta investigação, a amostra foi composta por sujeitos sem qualquer relação estreita quer com a investigadora quer com o SUP. Também o facto de se ter optado pela utilização do auto-relato escrito para recolher grande parte dos dados contribuiu para garantir a sua confidencialidade e intimidade, o que se pensa que terá contribuído para um aumento da veracidade dos dados.

Não se pretendendo apresentar apenas as dificuldades encontradas ao longo da realização desta investigação, importa referir a aceitação, disponibilidade e dedicação manifestado pela maioria dos participantes no estudo, que prontamente aceitaram dar o seu testemunho, ainda que numa situação stressante como é sempre a doença de um filho, ainda que não urgente ou grave.

O carácter exploratório-descritivo deste estudo permitiu demonstrar que é possível utilizar os contributos da psicologia numa tentativa de explicação da utilização inapropriada dos SUs. É importante lembrar que todos os sujeitos que constituíram a amostra deste estudo foram seleccionados porque recorreram ao SUP por iniciativa própria e por motivos que não cumpriam critérios de urgência. Em estudos posteriores seria interessante incluir também na amostra sujeitos que recorressem ao SUP por motivos realmente urgentes, referenciados por outros serviços, que utilizassem outros serviços de saúde pelos mesmos motivos (e.g., serviços privados, CS) e sujeitos que apesar de apresentarem sinais ou sintomas de doença optassem por não procurar cuidados de saúde. Esta variabilidade amostral seria enriquecedora, permitindo aumentar a abrangência do estudo e tecer conclusões sobre a utilização dos serviços de saúde que este não permitiu dado o seu carácter exploratório-descritivo.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ponto de partida para este estudo surgiu de uma problemática que desde há muito tem preocupado políticos, administradores, profissionais de saúde e a população em geral, e que se prende com a procura excessiva e inapropriada dos SUs.

A livre escolha no acesso à rede nacional de serviços de saúde, ainda que com algumas limitações decorrentes da própria organização dos serviços, tem contribuído para o aumento inadvertido da sua utilização. Com efeito, apesar da procura de cuidados para a protecção da saúde ser um direito humano consagrado pela legislação, o dever, que a mesma contempla, de evitar o desperdício e a utilização indevida dos recursos, é praticamente esquecido.

Decorrente da procura indevida, surge um fenómeno de sobrelotação dos serviços de saúde, que é ainda mais significativo ao nível dos SUs, sendo unânime que a sua excessiva procura afecta todo o sistema de saúde português. Com efeito, apesar de se estimarem cerca de 11 milhões de episódios de urgência por ano (Cordeiro, Silveira & Raposo, 2002), o número de falsas urgências é bastante relevante, o que mostra que uma proporção significativa da população que recorre a estes serviços não necessita deles verdadeiramente. Actualmente existe um consenso bem definido de que a maior parte dos problemas que são apresentados nos SUHs, podem e devem ser resolvidos ao nível dos CSP.

Este panorama é também observado nos SUPs, constatando-se a sua utilização de forma indiscriminada pelos pais, que acreditam ser a forma mais rápida, mais acessível e mais eficaz para resolver os problemas de saúde dos filhos. O aproveitamento dos SUPs para meras consultas de rotina ou como solução de problemas de pouca gravidade tem vindo a aumentar desde a década de 70 (Coelho, 1996), não se avistando retorno neste avanço.

No âmbito da Psicologia, a investigação e a compreensão acerca das significações e interpretações que cada indivíduo elabora acerca dos seus processos de saúde e de doença, constitui um domínio de conhecimento que permite ultrapassar a

simples realidade dos sintomas e comportamentos observáveis. A saúde global é vista como um todo que implica a saúde física, psicológica e afectiva, sendo sabido que a doença física afecta a psicológica, e que a doença encontra um campo favorável para se instalar quando descobre um campo psicológico mais débil e passivo (Renaud, 1994).

Nos dias de hoje dispõe-se também de conhecimentos suficientes para desenhar um quadro bastante claro sobre as consequências da hospitalização no desenvolvimento da criança e adolescente (e.g., Rutter, 1982; Rutter & Rutter, 1993), que leva a reconhecer a necessidade de evitar ou reduzir esta experiência, sempre que tal for possível. Numa outra perspectiva, Duff et al., (1973, cit. por Barros, 2003) consideram que os problemas detectados e abordados nos serviços pediátricos compreendem um número significativo de questões relacionadas com o desenvolvimento e o comportamento, que podem ser abordados de modo preventivo ou num nível primário de intervenção educacional.

Presentemente, existe já um agrupado número de estudos, maioritariamente europeus e norte-americanos, que procuraram identificar factores relacionados com utilização dos SUPs. Até à data, os trabalhos realizados em Portugal basearam-se essencialmente na descrição das características demográficas, sócio-económicas, geográficas e nas satisfações dos utilizadores, havendo já alguns indicadores das crenças e atitudes dos indivíduos relacionados com a procura destes serviços. No entanto, a pesquisa teórica revelou a existência de algumas lacunas nesta área de investigação, alertando vários autores para o facto de serem necessários estudos para caracterizar psicologicamente as crianças utilizadoras frequentes dos serviços de saúde (e.g., Granja et al., 1999).

Neste sentido, conhecidos os contributos da ciência da Psicologia para o estudo de fenómenos na área da saúde, e tendo em conta toda esta problemática da sociedade actual, considerou-se pertinente o desenvolvimento da presente investigação, que teve como principal objectivo identificar factores psicológicos que possam contribuir para a compreensão da utilização inapropriada dos SUPs.

A realização do estudo permitiu concluir que o número de episódios de urgência no SUP é influenciado pelas crenças dos acompanhantes sobre o serviço, que estão principalmente relacionadas com a confiança e segurança nos cuidados prestados e com a fácil acessibilidade a cuidados e recursos diagnósticos. Para além disso, a percepção

da fragilidade da criança, do seu temperamento difícil, e de dificuldades e problemas de comportamento, parecem ser factores que influenciam a procura inapropriada, uma vez que estão relacionados com maior NCA.

Por seu lado, constatou-se que a presença de perturbação emocional nos acompanhantes não interfere de forma significativa com o número de episódios de urgência anteriores, nem com a sua percepção sobre o temperamento e o grau de gravidade e de urgência do problema de saúde da criança. Contudo, o estudo evidenciou que a presença de psicopatologia nos acompanhantes intromete-se no modo como percebem a fragilidade e os problemas emocionais e comportamentais da criança.

Os resultados deste estudo vieram também demonstrar que a falta de recursos em saúde já não parece ser uma realidade evidente nos dias de hoje, tendo em conta que a maioria das crianças tem pelo menos um médico de referência ao nível dos CSPs, e que apenas uma minoria afirmou não ter conseguido consulta neste tipo de serviços. Assim, parece que a procura inapropriada do SUP está actualmente mais relacionada com as crenças dos acompanhantes sobre este serviço e com a forma como os próprios percebem a sua criança. No entanto, ressalve-se que para se poder afirmar com segurança estes factos, estudos posteriores seriam necessários.

Apesar disso, considera-se que os resultados deste estudo podem ser úteis para despertar uma reflexão crítica e esboçar alternativas de intervenção, no sentido de uma mais correcta e racionalizada utilização dos serviços de saúde, de modo a garantir uma melhoria na prestação de cuidados, mais adaptada às necessidades da população. Com efeito, face à crescente progressão de atendimentos nos SUPs, os utentes deparam-se com longas horas de espera em salas lotadas, pelo que a função primária dos SUPs, prestar cuidados diferenciados em situações de emergência médica, tem vindo a ser comprometida.

Os resultados da presente investigação mostram que, relativamente à percepção do problema de saúde da criança, a maior parte dos inquiridos que utilizou inapropriadamente o SUP consideravam que a situação não era grave mas era urgente. Neste sentido, considera-se que a melhoria e o desenvolvimento de estruturas ao nível dos CSPs, que dêem respostas eficazes e eficientes aos doentes em situações clínicas de instalação súbita mas de gravidade relativa, deverá constar na lista de prioridades das entidades responsáveis.

Como refere Antunes (2001, p.135) é um dever ético evitar gastos de cuidados de saúde desnecessários, sendo por isso “essencial que os doentes assumam uma postura de cidadania, doseando as suas expectativas e mantendo uma consciência clara dos limites técnicos e materiais”. Esclarecida a influência que as crenças individuais exercem na procura dos serviços de saúde, muitas vezes baseada em estereótipos e preconceitos, pensa-se também importante implementar medidas que racionalizem a utilização dos serviços, que podem passar por exemplo pela implementação de campanhas de sensibilização e de educação para a saúde.

Para além disso, tendo em conta que as crianças percebidas como frágeis, difíceis e com problemas emocionais e comportamentais parecem igualmente influenciar os acompanhantes a procurar os SUPs, pode ser um sinal demonstrativo de dificuldades em cuidar destas crianças. Neste sentido, importa despertar os profissionais de saúde para a importância da avaliação de elementos psicológicos que possam estar escondidos por de trás dos sintomas físicos por vezes triviais. Pensa-se que o despiste destas situações ao nível dos CSP, que se querem mais capacitados para responder a um conjunto mais vasto e complexo de problemas, possa de alguma forma reduzir a utilização inapropriada dos SUPs, ao prestar os cuidados e apoios necessários à criança e à família.

Para finalizar, importa esclarecer que este estudo não ambicionou ser um modelo explicativo completo, ou propor uma via de explicação única ou alternativa para o comportamento da procura inapropriada dos serviços de saúde. Antes pretendeu ser mais um contributo para o quadro global da compreensão, explicação e intervenção na área da promoção da procura adequada dos serviços de saúde. Deste modo, o valor da Psicologia para o estudo da utilização inapropriada dos serviços de saúde não representa apenas o acréscimo de mais um factor, mas sim de uma dimensão com uma influência dinâmica e contínua, que pode servir de mediador, protector ou agravante em relação à maioria das variáveis já identificadas.

Este estudo veio assim reforçar, que actualmente a explicação dos comportamentos de saúde e das reacções à doença não faz hoje em dia sentido sem o contributo das variáveis psicológicas, e que estas têm um papel relevante na análise e melhoria dos sistemas de cuidados de saúde, na avaliação das crenças e emoções dos utentes e na modificação de atitudes negativas. Trata-se assim de um campo interdisciplinar que deverá ser tido em conta sempre que se abordam questões

relacionadas com o desenvolvimento físico e mental, a saúde e doença, que afectam as crianças, adolescentes e famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Alberola, V., & Rivera, F. (1994). La atención primaria como determinante de la utilización del servicio de urgencias hospitalario. *Atención Primaria, 14*, 825-828.
- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: APPORT.
- Almeida, M. F., Barata, R. B., Montero, C. V., & Silva, Z. P. (2002). Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998. *Brasil Ciência & Saúde Coletiva, 7* (4), 743-756.
- Almeida, V. M. (2006). *Somatização e expressão emocional: Um estudo nos cuidados de saúde primários*. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Universidade do Minho, Minho.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th ed. rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association, Task Force on Health Research (1976). Contributions of psychology to health research: Patterns, problems, potentials. *American Psychologist, 31*, 263-274.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Millbank Memorial Fund Quarterly, 51*, 95-124.
- Anderson, G., & Poullier, J. P. (1999). Health spending, access and outcomes: Trends in industrialized countries. *Health Affairs, 18*, 178-192.
- Anderson, R. (1968). *Behavioral model of families use health services*. Chicago: Centre for Health Administration Studies, University of Chicago.
- Andrade, M. V., & Lisboa, M. B. (2000). Sistema privado de seguro-saude: Lições do Caso Americano. *Revista Brasileira de Economia, 54* (1), 5-36.
- André, O., & Neves, M. A. (2003). Atendimento de urgência: A perspectiva do utente. *Sinais Vitais, 46*, 25-28.
- Antón, M. D., Peña, J. C., Santos, R., Sempere, E., Martínez, J., & Pérula, L. A. (1992). Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: Factores implicados. *Medicina Clínica, 99* (19), 743-746.
- Antunes, M. J. (2001). *A Doença da saúde. Serviço Nacional de Saúde: Ineficiência e desperdício* (2^a ed.). Lisboa: Quetzal Editores.
- Arias, A., Rebagliato, M., Palumbo, M., Bellver, R., Ashton, J., & Colomer, C. (1993). Desigualdades en salud en Barcelona y Valencia. *Medicina Clínica, 100*, 281-287.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology, 23* (5), 611-626.
- Baltes, P., Reese, H., & Lipsit, L. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology, 31*, 65-110.
- Bandeira, R. B. (2004). *Manual da triagem*. Trabalho realizado no âmbito da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica apresentado à Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil, Lisboa.

- Barreto, A. (Org.). (2000). *A situação social em Portugal 1960-1999: Indicadores sociais em Portugal e na União Europeia*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Barros, L. (1992). *Intervenção desenvolvimentista para mães de bebés de risco*. Tese de doutoramento em Psicologia (Psicoterapia e Aconselhamento) apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L., & Santos, M. C. (1999). Significações parentais e adesão em psicologia pediátrica. *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 471-481.
- Bates, J. E. (1980). The concept of difficult temperament. *Merrill-Palmer Quarterly*, 26 (4), 299-319.
- Bates, J. E. (1987). Temperament in infancy. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development* (2nd ed., pp.1101-1149). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Bates, J. E. (1989a). Concepts and measures of temperament. In G. A. Kohnstamm, J. E. Bates, & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 3-26). England: Wiley.
- Bates, J. E. (1989b). Applications of temperament concepts. In G. A. Kohnstamm, J. E. Bates, & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 321-355). England: Wiley.
- Bates, J. E., & Bayles, K. (1984). Objective and subjective components in mother's perceptions of their children from age 6 months to 3 years. *Merrill-Palmer Quarterly*, 30, 111-130.
- Bates, J. E., Freeland, C. A., & Lounsbury, M. L. (1979). Measurement of infant difficultness. *Child Development*, 50, 794-803.
- Beardslee, W. R., Bemporad, J., Keller, M. B., & Klerman, G. L. (1983). Children of parents with Major Affective Disorder: A review. *American Journal of Psychiatry*, 140, 825-832.
- Becker, M. H. (Ed.). (1974). The health belief model and personal health behaviour. *Health Education Monographs*, 2, 324-508.
- Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1987). Comparing social learning theory and the health belief model. In W. B. Ward (Ed.), *Advances in health education and promotion* (pp. 245-249). Greenwich, CT: JAI Press.
- Benard, B. (1991). *Fostering resiliency in Kids: Protective factors in the family, school, and community*. Portland, OR: Western Regional Center for Drug-Free Schools and Communities.
- Benavente, R. (2001). Perturbação de comportamento na infância: Diagnóstico, etiologia, tratamento e propostas de investigação futura. *Análise Psicológica*, 19 (2), 321-329.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. (Tradução do original em inglês Introduction to clinical health psychology. Buckingham: Open University Press, 2000).
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi. (Tradução do original em inglês Psychology and health promotion. Buckingham: Open University Press, 1997)
- Bennett, P., Smith, P., & Gallacher, J. (1996). Vital exhaustion, neuroticism, and symptom reporting in cardiac and non-cardiac patients. *British Journal of Health Psychology*, 1, 309-313.
- Berger, G. (1992). A Investigação em educação: Modelos sócio-epistemológicos e inserção institucional. *Revista de Psicologia e de Ciências da Educação*, 3 (4), 23-36.
- Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Blanchard, E. B. (1982). Behavioral medicine: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 795-796.
- Blythin, P. (1989). A triagem. *Nursing*, 2 (17), 2-7.
- Boletim Informativo n.º 34/05 de 25/01/2006 do Manual da Qualidade. *Política de admissão do HDE*. Lisboa: HDE.
- Boletim Informativo n.º 37/05 de 26/01/2006 do Manual da Qualidade. *Triagem de utentes no Serviço de Urgência Pediátrica do HDE*. Lisboa: HDE.

- Bolíbar, I., Balanzó, X., Armada, A., Fernández, J., Foz, G., Sanz, E., & de la Torre, M. (1996). Impact of the primary health care reform on the use of the hospital emergency services [Abstract]. *Med Clin*, 107 (8), 289-295. Consultado em 10 de Fevereiro de 2009 através de PubMed databases na World Wide Web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8965492>
- Boushy, D., & Dubinsky, I. (1999). Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: The patient's perspective. *J Emerg Med*, 17, 405-412.
- Bowlby, J. (1960). Separation anxiety. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 89-113.
- Bowlby, J. (1982). *Formação e rompimento dos laços afectivos*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora. (Obra original publicada em 1979)
- Bracken, J. E. (2001). Triage. In S. Sheehy (Ed.), *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (4ª ed., pp.117-124). Lisboa: Lusociência. (Tradução do original em inglês *Emergency Nursing: Principles and Practice* 4th ed., Mosby-Year Book, 1998)
- Braga, H., Fernandes, I., Costa, E., & Carvahlo, L. (1995). O grau de satisfação dos pais e os cuidados de enfermagem à criança hospitalizada. *Divulgação*, 9 (35), 5 - 20.
- Braun, T., Riesgo, L. G., Krafft, T., & Vilches, G. D. (2002). Use of emergency medical service and sociodemographic factors. *Gaceta. Sanitaria*, 16 (2), 139-144.
- Brazelton, T. B. (1995). *O grande livro da criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (1ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development* (Vol. 6, pp. 187-251). Greenwich: JAI Press.
- Bronfenbrenner, U., & Crouter, A. C. (1983). The evolution of environmental models in developmental research. In P. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (4ª ed., Vol. 1, pp. 358-414). New York: Wiley.
- Burns, B. J., Costello, E. F., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E., & Erkanli, A. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs*, 14 (3), 147-159.
- Buss, A. (1989). Temperament as personality traits. In G. A. Kohnstamm, J. E. Bates, & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 49-58). Chichester: Wiley.
- Cabeza, J. M., Quintero, B. D., Sánchez, J. M., Álvarez, B. G., Romero, S. T., Morales, E. R., & García, F. C. (2007). Differences in the consultation motives between referral and non-referral patients attending a Critical Care and Emergency Service at a general hospital. *Emergências*, 19, 70-76.
- Cabral, M. (Org.). (2002). *Saúde e doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Camí, M. G., Orvay, J. C., Oliveras, A. P., García, J. G., Fernández, J. P., & Cubells, C. L. (2003). Análisis de los pacientes readmitidos con ingreso como indicador de calidad asistencial de un servicio de urgências pediátricas. *Emergências*, 15, 351-356.
- Campo, J. V., Jansen-McWilliams, L., Comer, D. M., & Kelleher, K. J. (1999). Somatization in pediatric primary care: Association with psychopathology, functional impairment, and use of services [Abstract]. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 38 (9), 1093-101. Consultado em 20 de Janeiro de 2009 através de World Wide Web: http://journals.lww.com/jaacap/Abstract/1999/09000/Somatization_in_Pediatric_Primary_Care_.12.aspx
- Canário, R. (2003). *O impacto social das ciências da educação*. Comunicação apresentada no VII Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação, "Ciências da Educação. O Estado da Arte". Universidade de Évora, Évora.
- Canavarro, M. C. (1999a). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. (1999b). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Teste e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.

- Cardoso, A. (1993). Triage em pediatria. *Nascer e Crescer, II (2)*, 128.
- Castilho, A. M. (1998). Taxas moderadoras: Influência no acesso ao serviço de urgência. *Sinais Vitais, 21*, 15-18.
- Chocrón, B. L., Vilalta, F. J., Legazpi, R. I., Auquer, K., & Franch, L. (1995). Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Atencion Primaria, 16 (10)*, 586-590, 592-593.
- Coelho, M. (Org.). (1996). *Urgências pediátricas e casuística do Hospital de Dona Estefânia*. Lisboa: Laboratórios Bial.
- Cordeiro, A. C., Silveira, A. M. & Raposo, A. S. (2002). Triage nos serviços de urgência geral. *Nursing, 163*, 12-16.
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D., Teed, D., Erkanli, A., & Worthman, C. M. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry, 53*, 1129-1136.
- Costello, E. J., Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Burns, B. J. & Brent, D. (1988). Psychopathology in pediatric primary care: the new hidden morbidity [Abstract]. *Pediatrics, 82 (3 Pt 2)*, 415-424. Consultado em 19 de Janeiro de 2009 através de PubMed databases na World Wide Web:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3405677>
- Cummings, E., Davies, P., & Campbell, S. (2000). *Developmental psychopathology and family process*. New York: Guilford.
- Cunningham, P. J., Clancy, C. M., Cohen, J. W., & Wilets, M. (1995). The use of Hospital Emergency Departments for nonurgent health problems: A national perspective. *Medical Care Research and Review, 52*, 453-474.
- Damas, L., Bicho, A., & Lemos, L. (1990). Casuística do serviço de urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Saúde Infantil, 12 (1)*, 67-81.
- Degoratis, L. R. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual-I for the revised version*. Baltimore: Jonh Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.
- Degoratis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Derlet, R. W., Nishio, D., Cole, L. M., & Silva, J. (1992). Triage of patients out of the emergency department: Three-years experience. *American Journal of Emergency Medicine, 10*, 195-199.
- Dicionário da Língua Portuguesa (6ª ed.)* (1992). Porto: Porto Editora.
- Dieguez, J. I., Candela, R. C., Velázquez, S. H., Prieto, A. G., Fernández, L. G., & de Llano, J. A. (2004). Estudio de la demanda de asistencia pediátrica en el servicio de urgencias de un hospital general de segundo nivel. *Bol Pediatr, 44*, 20-25.
- Diogo, P. (2000). Necessidades de apoio dos familiares que acompanham a criança com doença oncológica no internamento. *Pensar Enfermagem, 4 (1)*, 12-24.
- Douma, J. C., Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2006). Supporting parents of youths with intellectual disabilities and psychopathology. *Journal of Intellectual Disability Research, 50 (8)*, 570-581.
- Duarte, S. C. (2002). *Saberes de saúde e de doença: Porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra: Quarteto.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*, 129-136.
- Engle, P. L., Castle, S., & Menon, P. (1996). Child development: Vulnerability and resilience. *Social Science Medicine, 43 (5)*, 621-635.
- Fernández, M. T., Contero, J. O., Castellanos, M. D., Linares, C. V., Marín, E. B., & López, M. Z. (2000). Asistencia por propia iniciativa a un Servicio Hospitalario de Urgencias. *Todo Hospital, 166*, 267-273.
- Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebês*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia, Ministério da Ciência e Tecnologia.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behaviour: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Fleitlich, B., Cortázar, P. G., & Goodman, R. (2000). Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). *Infanto Rev Neuropsiq Inf Adol*, 8, 44-50.
- Fonagy, P. (1998). Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19 (2), 124-150.
- Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecimento humano e desenvolvimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, M. (1991). Comparação da utilização das consultas no centro de saúde, no SAP e na urgência de pediatria hospitalar por crianças dos 0-5 anos residentes na área do Centro de Saúde do Lumiar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9 (2), 37-60.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freidson, E. (1988). *Profession of medicine* (2nd ed.). Chicago: The University of Chicago Press.
- Freitas, J., & Freitas, S. (2005). A hospitalização da criança: O impacto na família. *Sinais Vitais*, 60, 24-27.
- Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação do Ministério da Educação. *Apresentação do Sistema Educativo Português*. Consultado em 10 de Fevereiro de 2009, através de através de World Wide Web: <http://www.gepe.min-edu.pt/np3/9.html>
- Gabinete de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. *Estatística do Movimento Assistencial*. Consultado em 5 de Janeiro de 2010, através de World Wide Web: <http://172.16.9.229/chl/netsigie2008/>
- Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a psiquiatria*. Porto: Edições Afrontamento.
- García-Perla, Á. (2000). Retornos al servicio de urgências: Un indicador de calidad asistencial. *Todo Hospital*, 166, 277-282.
- Garnezy, N. (1988). Stressors of childhood. In N. Garnezy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping and development in children* (pp. 43-105). New York: Johns Hopkins University Press.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Gaspar, M. F. (s.d.). *Problemas de comportamento em idade pré-ecolar* (comunicação apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra). Consultado em 21 de Novembro de 2008, através de World Wide Web: <https://woc.uc.pt/fpce/getFile.do?tipo=2&id=2854>
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goldsmith, H. (1989). Behavior-genetic approaches to temperament. In G. A. Kohnstamm, J. E. Bates, & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 111-132). England: Wiley.
- Goldsmith, H., Buss, A., Plomin, R., Rothbart, M., Thomas, A., Chess, S., Hinde, R., & McCall, R. (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child Development*, 58 (2), 505-529.
- Golfeto, C. R. (2003). Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): A study of school children in Ribeirão Preto. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 25 (3), 139-145.
- Good, B. J. (1977). The heart of what's the matter: Semantics and illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 25-28.
- Good, B. J., & Good, M. (1981). The Meaning of symptoms: A cultural hermeneutic model for clinical practice. In L. Eisenberg, & A. Kleinman (Eds.), *The relevance of social Science for Medicine* (Vol.1, pp.165-196). Dordrecht: D Reidel Publishing Company.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7 (3), 125-30.
- Graffar, M. (1956). Méthode de classification d'échantillons de la population. *Courrier*, 6, 455-459.

- Granja, M., Moura, E., Mendes, G., Costa, M., & Cleto, E. (1999). Para loucos e crianças: Estudo descritivo sobre as crianças frequentadoras habituais de um serviço de urgência. *Saúde Infantil*, 21 (3), 35-44.
- Grumbach, K., Keane, D., & Bindman, A. (1993). Primary Care and Public Emergency Department Overcrowding. *American Journal of Public Health*, 83, 372-378.
- Guedeney, N. (1989). Les enfants des parents déprimés. *Psychiatrie de l'Enfant*, 32 (1), 269-309.
- Guimarães, I. I. (2004). *Crianças e jovens em risco: Um programa de envolvimento parental em famílias de origem africana*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação (Área de Especialização em Educação Intercultural) apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Garmezy, N., & Rutter, M. (2000). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: Process, mechanisms and interventions*. New York: Cambridge University Press.
- Herzlich, C. (1973). *Health and illness: A social psychological analysis*. London: Academic Press.
- Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto*. Loures: Lusociência. (Tradução do original em francês La santé en project. Paris: Masson Éditeur, 1996)
- Horowitz, F. D. (1992). The concept of risk: A reevaluation. In S. L. Friedam, & M. D. Sigman (Eds.), *The psychological development of birthweight children* (pp.61-88). Norwood: Ablex.
- Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires*. Consultado em 30 de Outubro de 2008 através de World Wide Web: <http://www.sdqinfo.com/>
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Jaquess, D. L., & Finney, J. W. (1994). Previous injuries and behaviour problems predict children's injuries. *Journal of Pediatric Psychology*, 19 (1), 79-89.
- Jensen, P. S., Bloedau, L. M., & Davis, H. M. (1990). Children at risk: II. Risk factors and clinic utilization [Abstract]. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 29 (5), 804-812. Consultado em 20 de Janeiro de 2009 através de World Wide Web: http://journals.lww.com/jaacap/Abstract/1990/09000/Children_at_Risk_II_Risk_Factors_and_Clinic.21.aspx
- Jiménez, J. G. (2006). Urgencia, gravedad y complejidad: Un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias*, 18, 156-164.
- Jiménez, J. G., Becerra, O., Boneu, F., Burguês, L., & Pàmies, S. (2006). Casemix analysis of patients who can be referred from emergency department triage to primary care. *Gaceta Sanitaria*, 20 (1), 40-46.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (Re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Jyväsjarvi, S. (2001) *Frequent attenders in primary health care*. Doctoral thesis presented at University of Oulu-Finland, Oulu University Press.
- Karlsson, H., Joukamaa, M., Lathi, I., Lehtinen, V., & Kokki-Saarinen, T. (1997). Frequent attender profiles-different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 157-166.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environmen and Health*, 12, 246-266.
- Kessler, D., & McClellan, M. (1996, May 1). Do doctors practice Defensive Medicine? *Quarterly Journal of Economics*. Consultado em 25 de Outubro de 2009 através de World Wide Web: <http://www.accessmylibrary.com/article-1G1-18422962/do-doctors-practice-defensive.html>
- Kinie, N. M., & Strait, R. T. (1998). Nonurgent use of the pediatric emergency department during the day. *Pediatric Emergency Care*, 14 (1), 9-21.
- Kleinman, A. (1981). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California

- Press.
- Kleinman, A. (1988). Culture, illness, and care. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Kreppner, K. (1995). Padrões comportamentais da família perante o segundo filho. In J. Gomes Pedro, J. Patrício, & M. F. Patrício (Orgs.), *Bebé XXI – Criança e família na viragem do século* (431-463). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lang, T., Davido, A., Diakite, B., Agay, E., Viel, J.F., & Flicoteaux, B. (1997). Using the hospital emergency department as a regular source of care. *European Journal of Epidemiology*, 13, 223-228.
- Lavigne, J. V., Binns, H. J., Arend, R., Rosenbaum, D., Christoffel, K. K., Hayford, J. R., & Gibbons, R. D. (1998). Psychopathology and health care use among preschool children: A retrospective analysis [Abstract]. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 37 (3), 262-70. Consultado em 20 de Janeiro de 2009 através de World Wide Web: http://journals.lww.com/jaacap/Abstract/1998/03000/Psychopathology_and_Health_Care_Use_Among.10.aspx
- Lavigne, J. V., & Faier-Routman, J. (1992). Psychological adjustment to pediatric physical disorders: A meta-analytic review [Abstract]. *Journal of Pediatric Psychology*, 17 (2), 133-157. Consultado em 20 de Janeiro de 2009 através de World Wide Web: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/17/2/133>
- Lei Constitucional nº 1/89, de 8 de Julho.
- Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde).
- Lerner, R., Fisher, C., & Weinberg, R. (1997). Applied developmental science: Scholarship for our times [Editorial]. *Applied Developmental Science*, 1, 2-3.
- Leventhal, H., & Benyamini, Y. (1997). Lay beliefs about health and illness. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp. 131-135). Cambridge: Cambridge University Press.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). Illness representation: Theoretical foundations. In K. J. Petrie, & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of Health and Illness: Current Research & Applications* (pp.19-46). Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. R. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical Psychology* (Vol. 2, pp. 7-30). New York: Pergamon.
- Leventhal, H., & Nerenz, D. R. (1985). The assessment of illness cognition. In P. Karoly (Ed.), *Measurement strategies in health psychology* (pp. 517-554). New York: John Wiley & Sons.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E., Taylor, & J. G. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. 4). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lowy, A., Kohler, B., & Nicholl, J. (1994). Attendance at accident and emergency departments: unnecessary or inappropriate? *J Pub Health Med*, 16, 134-140.
- Maia, O. C. (1999). Triagem no serviço de urgência pediátrica. *Informar*, 5 (18), 14-18.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2002). *Técnicas de pesquisa* (5ª ed). São Paulo: Atlas.
- Marin, N., Caba, A., Ortiz, B., Tornero, E. P., Martínez, L., López, M., Fornieles, H., & Rodríguez, M. D. (1997). Determinantes socioeconómicos y utilización de los servicios hospitalarios de urgencias. *Medicina Clinica*, 108, 726-729.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: Com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Márties, M. (2003). Sobre a saúde, a doença e os cuidados de enfermagem. *Sinais Vitais*, 51, 41-43.
- Martín, I. (1999). O voluntariado nos Serviços de Urgência Hospitalar: Conceptualização, potencialidades e limites. In C. Paúl, I. Martín, & L. Roseira (Orgs.), *Comunidade e Saúde: Satisfação dos utentes e voluntariado* (pp. 95-108). Porto: Edições Afrontamento.

- Martínez, R. Q., & Moreno, M. N. (2008) Padecimientos más frecuentemente atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas en un hospital de tercer nivel. *Rev Fac Med UNAM*, 51 (1), 5-10.
- Marzocchi, G. M., Capron, C., Di Pietro, M., Tauleria, E. D., Duyme, M., Frigerio, A., Gaspar, M. F., Hamilton, H., Pithon, G., Simões, A., & Théron, C. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry [Suppl 2]*, 13, 40-46.
- Masten, A. S., & Coastworth, J. D. (1995). Competence, resilience and psychopathology. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (pp.715-752). New York: Wiley.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: A 1990 challenge for health services professions. In J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, & S.M. Weiss (Eds.), *Behavioral health* (pp. 3-40). New York: John Wiley & Sons.
- Mebert, C. (1991). Dimensions of subjectivity in parent's ratings of infant temperament. *Child Development*, 62 (2), 352-361.
- Mechanic, D., (1968). *Medical Sociology*. New York: The Free Press
- Melo, E. P. (1999). Acessibilidade/utilização do serviço de urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Referência*, 3, 59-62.
- Mewes, R., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., & Glaesmer, H. (2008). Lower decision threshold for doctor visits as a predictor of health care use in somatoform disorders and in the general population. *General Hospital Psychiatry*, 30 (4), 349-355.
- Millán, E. M. (2008). Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud? *Emergencias*, 20, 276-284.
- Monclús, P. A., Moreno, A. P., & Jiménez, P. J. (1998). Servicio de urgências de un hospital: Análisis desde la perspectiva de los acompañantes del usuário. *Todo Hospital*, 145, 203-206.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Tradução do original em francês La Psychanalyse, 2ª ed. Son Image et Son Public, 1976)
- Nyman, G. (1987). Infant temperament, childhood accidents, and hospitalization. *Clinical Pediatrics*, 26 (8), 398-404.
- O'Dowd, T. (1988). Five years of heartsink patients in general practice. *British Medical Journal*, 297, 528-530.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. (Tradução do original em inglês Health psychology: A textbook. Buckingham: Open University Press, s.d.)
- Organização Mundial da Saúde (1986). *As metas de saúde para todos: Metas da estratégia regional Europeia da saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.
- Oster, A., & Bindman, A. (2003). Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. *Medical Care*, 41, 198-207.
- Padgett, D.K., & Brodsky, B. (1992). Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: A review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Social Science & Medicine*, 35, 1189-1197.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Glencoe: Free Press.
- Paúl, C. (1999a). A Satisfação dos utentes dos serviços de saúde. In C. Paúl, I. Martin, & L. Roseira (Orgs.), *Comunidade e Saúde: Satisfação dos utentes e voluntariado* (pp. 11-32). Porto: Edições Afrontamento.
- Paúl, C. (1999b). Inquérito sobre os serviços de saúde. In C. Paúl, I. Martin, & L. Roseira (Orgs.), *Comunidade e Saúde: Satisfação dos utentes e voluntariado* (pp. 37-57). Porto: Edições Afrontamento.

- Paúl, C. (1999c). Humanização do Serviço de Urgência do Hospital Geral de Santo António: Avaliação da satisfação dos utentes. In C. Paúl, I. Martin & L. Roseira (Orgs.), *Comunidade e Saúde: Satisfação dos utentes e voluntariado* (pp. 59-93). Porto: Edições Afrontamento.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pasarin, M. I., Sanmamed, M. J. F., Calafell, J., Borrell, C., Rodríguez, D., Campasol, S., Torne, E., Torras, M. G., Guarga, A., & Plasència, A. (2006). Reasons for attending emergency departments: People speak out. *Gaceta Sanitaria*, 20 (2), 91-99.
- Pereira, S., Silva, A., Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., Angélico, V., Fonseca, L., Loureiro, E., & Barroso, S. (2001). Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese University Hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 37 (6), 580-586.
- Pereira, E., Matos, S., & Pires, A. (2002). A percepção materna do temperamento do bebé prematuro. *Teoria, investigação e prática*, 1, 323-337.
- Pérez, L. S., Escolá, T. O., Font, S. J., Hernández M. B., & Casanova, J. T. (1996). The frequency of the use of hospital emergency services: The motivations and characteristics of pediatric emergencies [Abstract]. *An Esp Pediatr*, 44 (2), 97-104. Consultado em 21 de Janeiro de 2009 através de PubMed databases na World Wide Web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8830588>
- Petersen, L. A., Burstin, H. R., O'Neil, A. C., Orav, E. J., & Brennan, T. A. (1998). Nonurgent emergency department visits: The effect of having a regular doctor. *Medical Care*, 36, 1249-1255.
- Pires, A. (1994). *A percepção que a mãe tem do temperamento do bebé: Desenvolvimento da percepção e a sua relação com a irritabilidade da mãe*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Pires, A. (1997). *A percepção que a mãe tem do temperamento do bebé: Desenvolvimento da percepção e a sua relação com o comportamento da criança e com o comportamento, irritabilidade e auto-eficácia maternas*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Quiton, D., & Rutter, M. (1976). Early hospital admissions and later disturbances of behaviour and learning: An attempted replication of Douglas findings. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 18, 447-459.
- Rauber, C. (1999). Disease management can be good for what ails patients and insurers. *Modern Healthcare*, 29, 48-54.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: Uma perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Renaud, I. (1994). A pessoa humana e o direito à saúde. *Brotéria*, 139, 323-242.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto
- Roberts, M., LaGreca, A., & Harper, D. (1988). Another stage of development. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 1-5.
- Roberts, R. E., Attkisson, C. C., & Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155 (6), 715-725.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fears appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo, & R. Petty (Eds.), *Social psychology: A source book* (pp. 153-176). New York: Guilford Press.
- Román, I. A., Abellán, I. P., Molina, J. L., & Gallego, M. C. (2005). Estudio de datos de frecuentacion y demanda asistencial en urgencias infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia en el Periodo enero 2000 a diciembre 2004. *Enfermería Global*, 6, 1-22.
- Rosenblatt, R. A., Wright, G. E., Baldwin, L. M., Chan, L., Clitherow, P., Chen, F. M., & Hart, L. G. (2000). The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *American Journal of Public Health*, 90, 97-102.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-124.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behaviour. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.

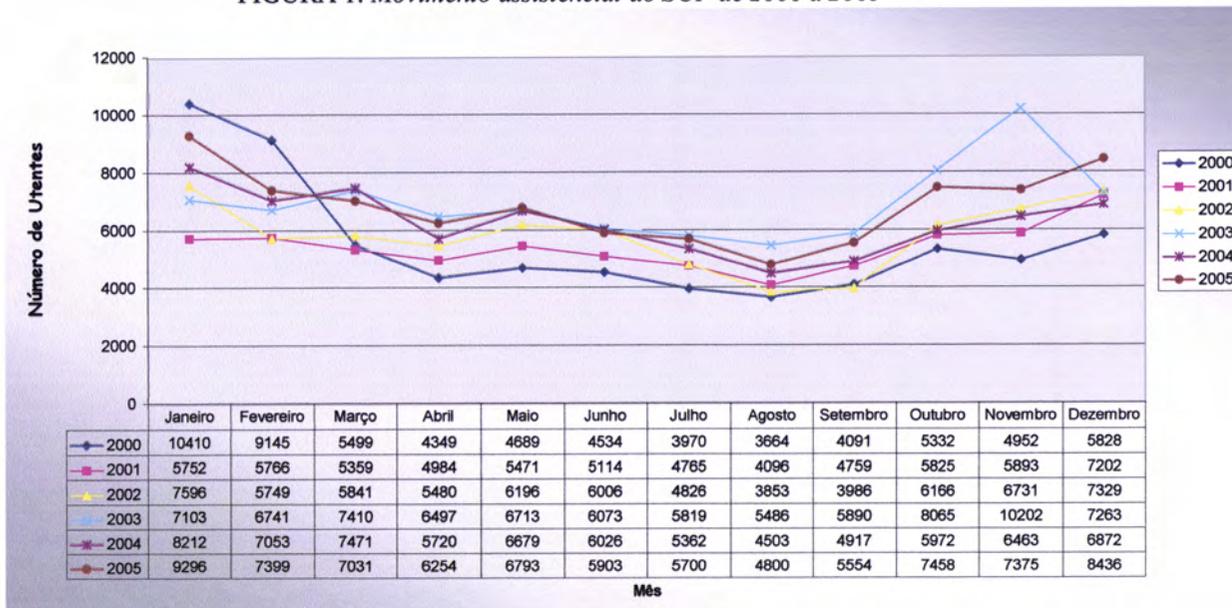
- Rothbart, M., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In M. E. Lamb, & A. L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology* (Vol. 1, pp. 37-86). Hillsdale: Erlbaum.
- Russell, S., Subramanian, B., & Russell, P. S. (2008). Psychopathology and functional impairment among patients attending an adolescent health clinic: Implications for healthcare model reform. *Osteopathic Medicine and Primary Care*, 2, 3. Consultado em 22 de Janeiro de 2009 através de World Wide Web: <http://www.om-pc.com/content/2/1/3>.
- Rutter, M. (1967). Children's Behavior Questionnaire for completion by the teachers: Preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8 (1), 1-11.
- Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: Some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22 (4), 323-356.
- Rutter, M. (1982). Prevention of children's psychosocial disorders: Myth and substance. *Pediatrics*, 70, 883-894.
- Rutter, M. (1989). Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 633-653.
- Rutter, M., & Rutter, M. (1993). *Developing minds: Challenge and continuity across the life span*. New York: Basic Books.
- Sameroff, A. J. (1989). Principles of development and psychopathology. In A. J. Sameroff, & R. N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood* (pp. 17-32). New York: Basic Books.
- Sanchez, A. P., Fuente, M. B., Fuster J. N., & Gonzalez J. N. (1996). Repeat consultations in pediatric hospital emergencies [Abstract]. *An Esp Pediatr*, 44 (4), 321-325. Consultado a 19 de Janeiro de 2009 através de PubMed databases na World Wide Web: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8849079?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=1.
- Santos, M. C. (1997). *Estudo de uma intervenção desenvolvimentista com mães de crianças com cardiopatia congénita*. Dissertação de Mestrado em Psicologia (Psicoterapia e Psicologia da Saúde) apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Santos, M. C. (2007). *Vivência subjectiva da doença em mães de crianças com fibrose quística e com diabetes: Estudo desenvolvimentista*. Tese de Doutoramento em Psicologia (Psicologia da Saúde) apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Santos, N. R. (2005). *Projectos de investigação em psicologia: Guia para a sua elaboração e execução*. Évora: Núcleo de Estudantes de Psicologia da Universidade de Évora.
- Schofield, W. (1979). Clinical Psychologists as health professionals. In G. Stone, F. Cohen, & N. Adler (Eds.), *Health Psychology: A Handbook* (pp. 447-601). San Francisco: Jossey-Bass, Inc.
- Schwartz, G. E. (1982). Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioural medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 1040-1053.
- Seifer, R., Dickstein, S., & Sameroff, A. (1998). Father contributions to infant and family risk. *Infant behavior and development*, 21, 56.
- Sempere, S. T., Peiró, S., Sendra, P. P., Martínez, E. C., & López, A. I. (2001). Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitud, associated factors, an reasons. An approach with explicit criteria. *Annals of Emergency Medicine*, 37, 568-579.
- Serra, M. N. (2004). *Aprender a ser doente: Processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Shapiro, M.J., & O'Brien, G.M. (2000). Deferral out of the Emergency Department: the wrong solution? *Annals of Emergency Medicine*, 36, 71-72.
- Silva, J. M. (1988). A urgência como fenómeno humano e social a melhor compreender. *Administração Hospitalar*, 6 (3-4), 5-13.

- Silva, M. F. (1990). *Razões apontadas pelos enfermeiros do serviço de urgência do Hospital Distrital de Cascais como impeditivas do atendimento de enfermagem às crianças que ocorrem naquele serviço*. Monografia de Licenciatura em Enfermagem apresentada à Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, Lisboa.
- Smeltzer, S. C., & Bare, G. B. (2002). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (Brunner & Suddarth Trans) (4 vols., 9ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (Tradução do original em Inglês Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 9thed. U.S.A.: Lippincott, Williams & Wilkins, 2000)
- Smith, R. D., & McNamara, J. J. (1988). Why not your pediatrician's office? A study of weekday pediatric emergency department use for minor illness care in a community hospital [Abstract]. *Pediatric Emergency Care*, 4 (2), 107-111. Consultado a 15 de Março de 2009 através de PubMed databases na World Wide Web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3380740>
- Spitz, R. (1946). Anaclitic depression. *Psycho-Analytic Study of the Child*, 2.
- Sun, B. C., Burstin, H. R., & Brennan, T. A. (2003). Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Academic Emergency Medicine*, 10, 320-328.
- Taylor, S. (1999). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill International Editions.
- ten Brinke, A., Ouwerkerk, M. E., Zwinderman, A. H., Spinhoven, P., & Bel, E. H. (2001). Psychopathology in patients with severe asthma is associated with increased health care utilization. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163, 1093-1096.
- Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. G. (1968). *Temperament and behavioural disorders in children*. New York: New York University Press.
- Thomas, A., Chess, S., Birch, H. G., Hertzig, M., & Korn, S. (1963). Behavioral individuality in early childhood. New York: New York University Press.
- Ugá, M. D. (2001). Gasto, acesso e condições de saúde: Tendências nos países da OCDE. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47 (3), 171-172.
- Vara, L. R. (1996). Relação de ajuda à família da criança hospitalizada com doença de mau prognóstico num serviço de pediatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 1, 5-52.
- Wong, D. L. (1999). *Whaley & Wong, Enfermagem pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan (Tradução do original em inglês Whaley & Wong Essentials of Pediatric Nursing, 5th ed., Mosby-Year Book, Inc., 1997)
- World Health Organization (1985). *Contribution of psychology to programme development in the WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wright, L. (1967). The pediatric psychologist: A role model. *American Psychologist*, 22, 323-325.
- Young, G. P., Wagner, M. B., Kellermann, A. L., Ellis, J., & Bouley, D. (1996). Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. *JAMA*, 276, 460-465.
- Zborowski, M. (1952). Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues*, 8, 16-30.
- Zborowski, M. (1960). Cultural Components in Responses to Pain. In D. Apple (Ed.), *Sociological Studies of Health and Sickness* (pp. 118-133). Toronto: McGraw-Hill.
- Zimmerman, D., McCarten-Gibbs, K., DeNoble, D., Borger, C., Fleming, J., Hsieh, M., Langer, J., & Breckenridge, M. (1996). Repeat pediatric visits to a general emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 28, 467-73.
- Zola, I. K. (1973). Culture and symptoms: An analysis of patient's presenting complaints. In P. Worsley (Ed.), *Problems of modern society* (pp. 615-630). London: Penguin.

ANEXOS

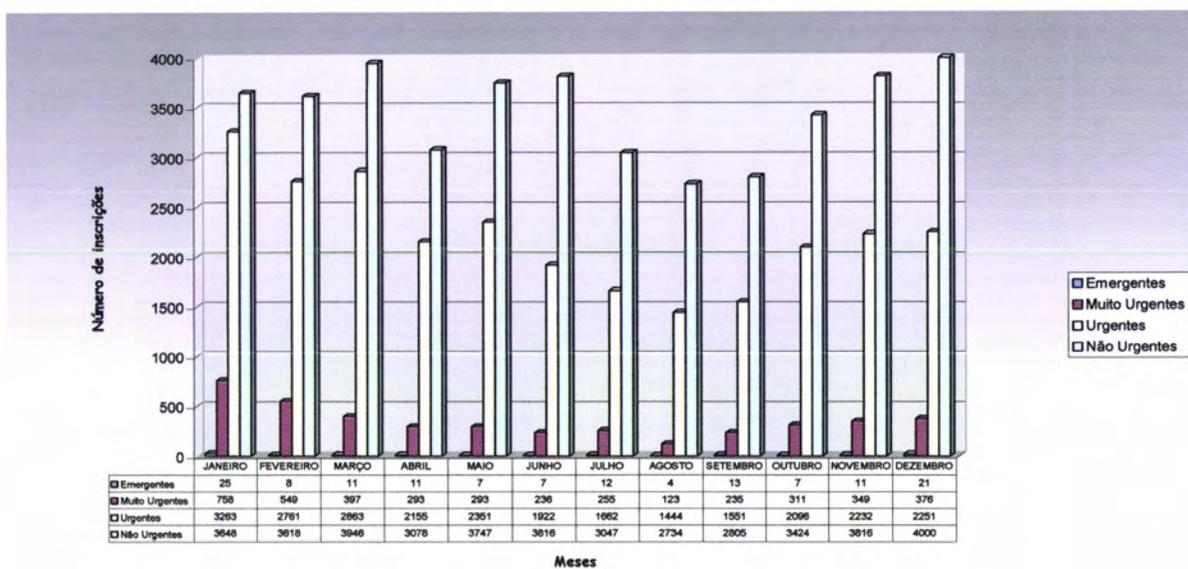
Anexo A: Dados Estatísticos do Serviço de Urgência Pediátrica

FIGURA 1: Movimento assistencial do SUP de 2000 a 2005



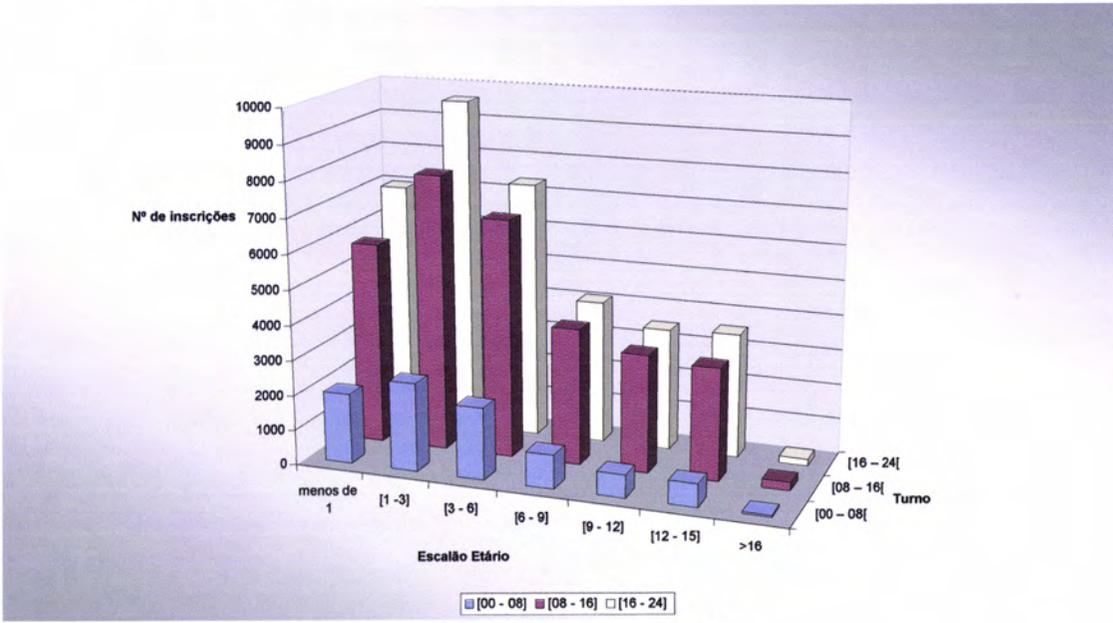
Nota: Dados fornecidos pelo SUP.

FIGURA 2: Classificação dos utentes do SUP por graus de prioridades, no ano 2004



Nota: Dados fornecidos pelo SUP.

FIGURA 3: Número de inscrições no SUP por escalão etário e por turno no ano 2005



Nota: Dados fornecidos pelo SUP.

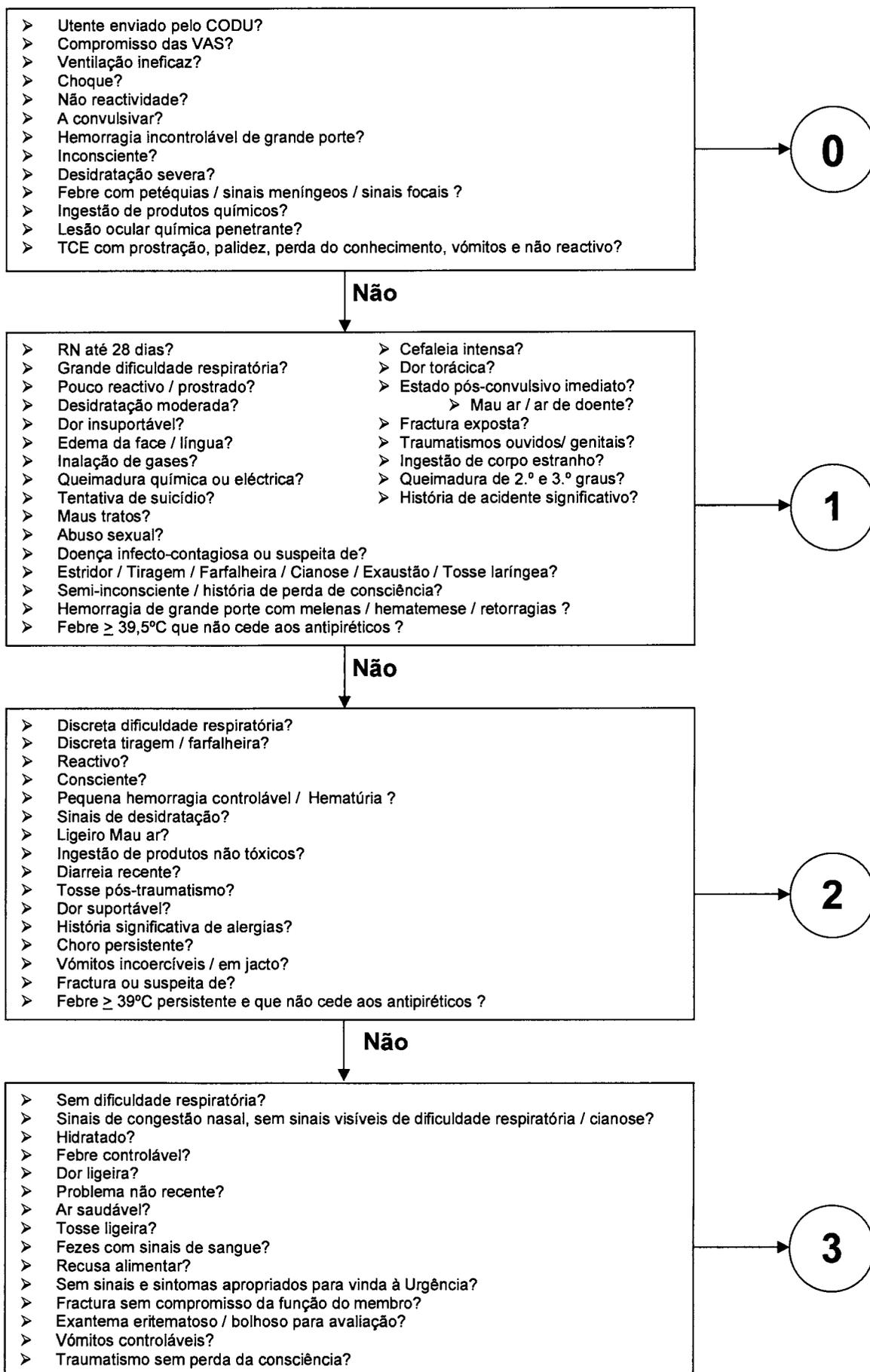
Anexo B: Elementos sobre a Triagem no Serviço de Urgência Pediátrica

Tabela 1: *Escala de triagem de utentes no SUP*

Escala de Triagem			
(adaptação da Escala de Triagem de Manchester)			
Graus	Designação	Exigência assistencial (tempo para atendimento)	Situação Clínica
0	Emergente	Imediato	Situação clínica crítica com risco de vida imediato ou de sequelas graves, necessitando intervenção imediata, nomeadamente RCR, para manter ou recuperar funções vitais.
1	Muito Urgente	≤ 10 minutos	Situação clínica grave que potencialmente e a curto prazo pode colocar em risco a vida ou funções vitais ou determinar sequelas graves.
2	Urgente	≤ 60 minutos	Situação clínica não determinando risco de vida, deterioração de funções vitais ou sequelas graves, a curto prazo.

Nota: Extraído do Boletim Informativo n.º 37/05 de 26/01/2006 do Manual da Qualidade. *Triagem de utentes no Serviço de Urgência Pediátrica do HDE*. Lisboa: HDE.

Figura 1: Fluxograma de triagem de utentes no SUP



Anexo C: Guião Orientador da Recolha dos Dados da Criança

Dados adquiridos por consulta do processo da criança / questão directa ao acompanhante da criança que recorre ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).

CRIANÇA:

Idade: _____

Sexo: Feminino Masculino

Raça: _____

Lugar na fratria: _____

Turno a que recorreu ao SUP: Manhã Tarde Noite

Dia da semana: _____

Motivo pelo que recorreu ao SUP: _____

N.º de episódios anteriores no SUP: _____

Doença crónica? _____ Qual? _____

Deficiência/perturbação do desenvolvimento? _____

Qual? _____

Tem médico de família? Sim Não

Tem pediatra particular? Sim Não

Anexo D: Caderno de Recolha de dados

Questionário

Código: _____

PARTE I

Preencha os espaços correspondentes ou assinale uma cruz (X) na resposta indicada.

ACOMPANHANTE DA CRIANÇA:

Pai Mãe Avô Avó

Outro Qual? _____

Idade: _____ anos

Estado civil: Solteiro(a) Casado(a)

Divorciado(a) Viúvo(a)

Separado(a) Junto(a)

Habilitações literárias: _____

Estado ocupacional: Empregado(a) Desempregado(a)

Reformado(a) Sem actividade profissional

Profissão: _____

PARTE II

Assinale com uma cruz (X) no espaço correspondente a cada afirmação, consoante concorde, não concorde nem discorde, ou discorde.

Hoje trouxe a minha criança ao Serviço de Urgência Pediátrica porque:	Concordo	Não Concordo Nem Discordo	Discordo
Sinto-me mais seguro(a) e confiante se a minha criança for observada por um médico especialista em pediatria.			
Penso que os médicos do hospital têm mais experiência e competência para tratar as crianças doentes.			
Sinto-me mais seguro(a) num serviço de urgência porque a minha criança tem acesso fácil e imediato a meios auxiliares de diagnóstico (raio x, ecografia, análises,...)			
O atendimento é mais rápido do que no meu centro de saúde / consultório do meu pediatra particular.			
O atendimento é mais acessível do que no meu centro de saúde / consultório do meu pediatra particular.			
O horário é mais compatível com o meu emprego / a minha vida quotidiana.			

Assinale com uma cruz (X) no espaço correspondente a cada afirmação, consoante considere verdadeira (V) ou falsa (F).

Hoje trouxe a minha criança ao Serviço de Urgência Pediátrica porque:	V	F
Considerarei que era uma situação mais grave do que outros problemas de saúde anteriores.		
Considerarei que era uma situação mais urgente do que outros problemas de saúde anteriores.		
Fui aconselhado(a) por um familiar, amigo, conhecido, a trazer a minha criança às urgências.		
Não consegui marcar consulta no meu centro de saúde / consultório do meu pediatra particular.		

Já recorreu com a sua criança a outro serviço de saúde com o problema que a trouxe hoje ao SUP?

Sim Não Qual? _____

PARTE III

(Acompanhantes das crianças dos 0 aos 2 anos)

Encontra a seguir 5 frases. Para cada uma delas assinale com uma cruz (X) na resposta que considerar mais indicada, tendo em conta o comportamento da sua criança nos últimos 6 meses. Ajuda muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha.

1 - Acha fácil acalmar a sua criança quando ela está mal disposta ou rabugenta?

- a) Muito fácil
- b) Médio
- c) Muito difícil

2 - Qual é o estado de humor mais frequente da sua criança?

- a) Contente e alegre
- b) Algumas vezes contente e alegre
- c) Séria / zangada

3 - Como é que a sua criança reage a alterações e interrupções da rotina diária, tal como quando vai a uma festa, viagem ou consulta?

- a) Bem
- b) Médio
- c) Mal

4 - De uma forma geral, como considera a sua criança, em termos dos cuidados diários, disciplina, entretenimento, acalmar, etc.

- a) Muito fácil
- b) Médio
- c) Muito difícil

5 - Acha que a sua criança é:

- a) Mais frágil que a maioria das crianças da sua idade
- b) Tão frágil como a maioria das crianças da sua idade
- c) Menos frágil do que a maioria das crianças da sua idade.

PARTE III

(Acompanhantes das crianças de 3 anos)

Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz (X), um dos seguintes quadrados: não é verdade; é um pouco verdade; é muito verdade. Ajuda muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento da sua criança nos últimos 6 meses.

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros.			
É irrequieto(a), muito mexido(a), nunca pára quieto(a).			
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos.			
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.).			
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras.			
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho(a).			
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam.			
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado(a)			
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente.			
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos.			
Tem pelo menos um bom amigo / uma boa amiga.			
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as.			
Anda muitas vezes triste, desanimado(a) ou choroso(a).			
Em geral as outras crianças gostam dele(a).			
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar.			
Em situações novas é receoso(a), muito agarrado(a) e pouco seguro(a).			
É simpático(a) e amável com crianças mais pequenas.			
Refila frequentemente com os adultos.			

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
As outras crianças metem-se com ele(a), ameaçam-no(a) ou intimidam-no(a).			
Sempre pronto(a) a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças).			
É capaz de parar e pensar antes de fazer as coisas.			
Pode ser mau (má) para os outros.			
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças.			
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade.			
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção.			

Assinale a resposta que lhe pareça mais indicada.

Acha que a sua criança é:

- a) Mais frágil que a maioria das crianças da sua idade
- b) Tão frágil como a maioria das crianças da sua idade
- c) Menos frágil do que a maioria das crianças da sua idade.

PARTE III

(Acompanhantes das crianças dos 4 aos 16 anos)

Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz (X), um dos seguintes quadrados: não é verdade; é um pouco verdade; é muito verdade. Ajuda muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento da sua criança nos últimos 6 meses.

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros.			
É irrequieto(a), muito mexido(a), nunca pára quieto(a).			
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos.			
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.).			
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras.			
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho(a).			
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam.			
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado(a)			
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente.			
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos.			
Tem pelo menos um bom amigo / uma boa amiga.			
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as.			
Anda muitas vezes triste, desanimado(a) ou choroso(a).			
Em geral as outras crianças gostam dele(a).			
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar.			
Em situações novas é receoso(a), muito agarrado(a) e pouco seguro(a).			
É simpático(a) e amável com crianças mais pequenas.			
Mente frequentemente ou engana.			

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
As outras crianças metem-se com ele(a), ameaçam-no(a) ou intimidam-no(a).			
Sempre pronto(a) a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças).			
Pensa nas coisas antes de as fazer.			
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios.			
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças.			
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade.			
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção.			

Assinale a resposta que lhe pareça mais indicada.

Acha que o seu filho é uma criança:

- a) Mais frágil que a maioria das crianças da sua idade
- b) Tão frágil como a maioria das crianças da sua idade
- c) Menos frágil do que a maioria das crianças da sua idade.

PARTE IV

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz (X). Por favor, não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaio ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou no peito					
8. Medo na rua ou praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					
25. Dificuldade em adormecer					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões					
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro					
29. Sensação de que lhe falta o ar					
30. Calafrios ou afrontamentos					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					
32. Sensação de vazio na cabeça					
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo					
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Falta de forças em partes do corpo					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa					
45. Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em discussão					
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
50. Sentir que não tem valor					
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52. Ter sentimentos de culpa					
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					

Anexo E: Itens das Escalas do Strengths and Difficulties Questionnaire

Tabela 1: Itens das Escalas do SDQ

Escalas do SDQ	Itens
Escala de Sintomas Emocionais	<ul style="list-style-type: none"> - Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos. - Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado(a). - Anda muitas vezes triste, desanimado(a) ou choroso(a). - Em situações novas é receoso(a), muito agarrado(a) e pouco seguro(a). - Tem muitos medos, assusta-se com facilidade.
Escala de Problemas de Comportamento	<ul style="list-style-type: none"> - Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras. - Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam. - Luta frequentemente com as outras crianças. - Refila frequentemente com os adultos (3-anos). - Mente frequentemente ou engana (4-16 anos). - Rouba em casa, na escola ou em outros sítios.
Escala de Hiperactividade	<ul style="list-style-type: none"> - É irrequieto(a), muito mexido(a), nunca pára quieto(a). - Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos. - Distrai-se com facilidade. - Pensa nas coisas antes de as fazer. - Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção.
Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas	<ul style="list-style-type: none"> - Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho(a). - Tem pelo menos um bom amigo / uma boa amiga. - Em geral as outras crianças gostam dele(a). - As outras crianças metem-se com ele(a), ameaçam-no(a) ou intimidam-no(a). - Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças.
Escala de Comportamento Pró-Social	<ul style="list-style-type: none"> - É sensível aos sentimentos dos outros. - Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.). - Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente. - É simpático(a) e amável com crianças mais pequenas. - Sempre pronto(a) a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças).

Nota: Dados retirados de www.sdqinfo.com

**Anexo F: Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética do
Hospital para Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados**

autorizado, devendo o trabalho
ser apresentado aos comités científicos
de enfermagem no HDE.

7/12/06

CA.

de enunciar pelo
de enunciar de
ética pl parecer

2/02/07

Palmira Amália Silva
Palmira Amália Silva
Enfermeira Directora

Ao Conselho de Administração
do Hospital D. Estefânia

Susana Sofia de Oliveira Ferreira Rodrigues, Enfermeira no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital D. Estefânia, contratada a termo certo, com o n.º mecanográfico 53891, mestranda do Curso de Mestrado em Psicologia – Desenvolvimento em Contextos de Risco, vem por este meio solicitar a autorização para aplicação de um questionário no Serviço de Urgência Pediátrica, no âmbito da elaboração da tese de dissertação, subordinada ao tema "A utilização abusiva dos Serviços de Urgência Pediátricos".

O referido questionário será entregue de forma aleatória aos acompanhantes das crianças (pai, mãe, avó, tios,...) que sejam triadas pelo enfermeiro como "não urgentes", e que aceitem participar no estudo, estando garantido a total confidencialidade de identidade da criança, do acompanhante e do próprio hospital.

De notar ainda que, após a realização do estudo, e caso seja manifestado interesse pelo mesmo, este poderá ser facultado à instituição.

Em anexo segue o questionário em questão.

Sem outro assunto de momento, fica disponível para qualquer esclarecimento, bem como para a apresentação do projecto de dissertação.

Pede deferimento,

Susana Rodrigues
(Susana Rodrigues)

HOSPITAL DE D. ESTEFÂNIA
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ENTRADA SAÍDA DESTINO
07 DEZ. 2006 1 2006 C. Ética

Lisboa, 5 de Dezembro de 2006



Hospitais Cívicos de
Lisboa

Hospital Dona
Estefânia

Comissão de Ética
do HDE

Presidente
Dra. Maria do Carmo Vale

Vice Presidente
Dr. Francisco Abecasis

R. Jacinta Marto
1169-045 Lisboa

Contactos
Tel.: 213 126 925
Fax:

Endereço Electrónico

Exma. Sra. Enf^a Directora
Palmira Amália Silva

Assunto: Aplicação de questionário "A utilização abusiva dos Serviços de Urgência"

A Comissão de Ética reunida a 15/02/2007 apreciou o pedido de autorização para aplicação de questionário, tendo aprovado a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

HDE, 15 de Fevereiro de 2007

A Comissão de Ética

C.C. Sra. Enf^a Susana Rodrigues



HOSPITAL DE D. ESTEFÂNIA
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA SAÍDA DESTINO

21 FEV. 2007

**Anexo G: Consentimento Informado Entregue aos Acompanhantes das Crianças
Seleccionadas para o Estudo**

Consentimento livre e esclarecido

O seguinte questionário tem como objectivo efectuar um estudo acerca da utilização dos serviços de urgência pediátricos. Através desta avaliação será possível avaliar se os cuidados prestados estão de acordo com as necessidades da população abrangida.

Para tal, pede-se a sua colaboração através do preenchimento de um questionário, que é constituído por quatro partes. A primeira pretende fazer uma caracterização da população que recorre com as crianças ao Serviço de Urgência Pediátrico (SUP), sendo que a segunda pretende analisar os motivos pelos quais o fazem. A terceira parte é constituída por um questionário de capacidades e dificuldades que avaliará o comportamento da sua criança nos últimos 6 meses. A quarta e última parte do questionário consiste num inventário de sintomas psicopatológicos, que deverá preencher tendo em conta o grau em que os problemas enunciados o incomodaram durante a última semana.

O facto de ter sido seleccionado para colaborar neste estudo resulta de uma escolha feita ao acaso, a partir das inscrições das crianças no SUP. A sua colaboração, para além de permitir a concretização deste estudo, o que implica benefícios para a sociedade em geral, poderá ainda combater algumas lacunas existentes na prestação de cuidados prestados à criança, o que significará uma posterior melhoria da situação de cada utente pediátrico.

Se decidir não participar no estudo, não haverá prejuízo para os cuidados assistenciais a prestar à sua criança.

O questionário, para além de facultativo, é anónimo, pelo que será salvaguardada a sua confidencialidade, bem como a da criança. Uma vez preenchido, ao seu questionário será atribuído um número de código, omitindo desta forma qualquer tipo de identificação. De referir ainda que a confidencialidade da própria instituição será igualmente garantida.

Grata pela sua colaboração e disponibilidade, a enfermeira do SUP,

(Susana Rodrigues)

Declaro que percebi e concordo com o que me foi proposto. Aceito e autorizo participar no estudo explicado e que os meus dados sejam utilizados anonimamente para a sua realização.

Assinatura

Anexo H: Outputs Estadísticos

1. CONSISTÊNCIA INTERNA DO SDQ

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	31	50,0
	Excluded ^a	31	50,0
	Total	62	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,663	5

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,739	5

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,760	5

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,647	5

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	62	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,854	5

2. CONSISTÊNCIA INTERNA DO BSI

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	115	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	115	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,810	7

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	115	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	115	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,796	6

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	115	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	115	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,777	4

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	115	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	115	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,873	6

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	115	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	115	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,764	6

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	115	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	115	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,800	5

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	115	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	115	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,490	5

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	115	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	115	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,839	5

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	115	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	115	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,693	5

3. CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CRENÇAS

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	115	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	115	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,779	6

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8,9304	7,381	2,71681	6

4. CONSISTÊNCIA INTERNA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO TEMPERAMENTO

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	53	46,1
	Excluded ^a	62	53,9
	Total	115	100,0

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,853	4

5. RELAÇÃO ENTRE O NCA E CRENÇAS

Correlations

Correlations

		Nº de episódios anteriores	Crenças
Nº de episódios anteriores	Pearson Correlation	1	-,368**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	115	115
Crenças	Pearson Correlation	-,368**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	115	115

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

6. RELAÇÃO ENTRE O NCA E PERCEPÇÃO DE FRAGILIDADE

Explore

Acha que o seu filho é uma criança:

Tests of Normality

Acha que o seu filho é uma criança:		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Nº de episódios anteriores	Mais frágil	,139	57	,008	,946	57	,013
	Tão frágil	,202	43	,000	,790	43	,000
	Menos frágil	,194	15	,133	,850	15	,017

a. Lilliefors Significance Correction

NPar Tests

Kruskal-Wallis Test

Ranks

Acha que o seu		N	Mean Rank
Nº de episódios anteriores	Mais frágil	57	71,32
	Tão frágil	43	46,98
	Menos frágil	15	38,97
Total		115	

Test Statistics^{a,b}

	Nº de episódios anteriores
Chi-Square	18,885
df	2
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Acha que o seu filho é uma criança:

Oneway

Descriptives

Nº de episódios anteriores

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Mais frágil	57	7,0702	5,09853	,67532	5,7174	8,4230	,00	21,00
Tão frágil	43	3,4186	3,26039	,49720	2,4152	4,4220	,00	15,00
Menos frágil	15	2,6667	2,79455	,72155	1,1191	4,2142	,00	8,00
Total	115	5,1304	4,62928	,43168	4,2753	5,9856	,00	21,00

Oneway

Post Hoc Tests

Homogeneous Subsets

Nº de episódios anteriores

Tukey HSD^{a,b}

Acha que o seu filho é uma criança:	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
Menos frágil	15	2,6667	
Tão frágil	43	3,4186	
Mais frágil	57		7,0702
Sig.		,785	1,000

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- Uses Harmonic Mean Sample Size = 27,916.
- The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

7. PERCEÇÃO DO TEMPERAMENTO

Frequencies

Statistics

Crianças Díficeis

N	Valid	53
	Missing	0

Crianças Díficeis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Difícil	23	43,4	43,4	43,4
	Não difícil	30	56,6	56,6	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

NPar Tests

Binomial Test

		Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Asymp. Sig. (1-tailed)
Crianças Díficeis	Group 1	Difícil	23	,434	,566	,036 ^{a,b}
	Group 2	Não difícil	30	,566		
	Total		53	1,000		

a. Alternative hypothesis states that the proportion of cases in the first group < ,566.

b. Based on Z Approximation.

8. RELAÇÃO ENTRE O NCA E PERCEPÇÃO DO TEMPERAMENTO

Explore
Crianças Díficeis

Tests of Normality

Crianças Díficeis		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Nº de episódios anteriores	Difícil	,124	23	,200*	,952	23	,318
	Não difícil	,265	30	,000	,743	30	,000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Nº de episódios anteriores
NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

Crianças Díficeis		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nº de episódios anteriores	Difícil	23	34,39	791,00
	Não difícil	30	21,33	640,00
	Total	53		

Test Statistics^a

	Nº de episódios anteriores
Mann-Whitney U	175,000
Wilcoxon W	640,000
Z	-3,069
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002

a. Grouping Variable: Crianças Díficeis

T-Test

Group Statistics

Crianças Díficeis		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Nº de episódios anteriores	Difícil	23	8,6087	5,13224	1,07015
	Não difícil	30	4,2333	4,95972	,90552

9. RELAÇÃO ENTRE O NCA E PROBLEMAS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS

Correlations

Correlations

	Esca de oblemas comportam to (3 anos)	Esca de oblemas comportam to (4-16 anos)	Total de Dificuldade (3 anos)	Total de Dificuldade (4-16 anos)	Esca de Sintomas Emocionais (3-16 anos)	Esca de Hiper atividade (3-16 anos)	Esca de Comportam to Pró-Soc ial (3-16 anos)	Esca de Relacionam ento com os Colegas (3- 16 anos)	Nº de episódios anteriores
Esca de Probl Comportam to (3-16 anos)	1	. ^a	,849* ,000	. ^a ,000	,653* ,000	,591* ,000	-,226 ,221	,507* ,004	,483* ,006
N	31	0	31	0	31	31	31	31	31
Esca de Probl Comportam to (4-16 anos)	. ^a	1	. ^a	,733* ,000	,368* ,042	,587* ,001	-,385* ,033	,234 ,205	,175 ,345
N	0	31	0	31	31	31	31	31	31
Total de Dificulc ades (3-16 anos)	,849* ,000	. ^a	1	. ^a	,782* ,000	,864* ,000	-,554* ,001	,789* ,000	,505* ,004
N	31	0	31	0	31	31	31	31	31
Total de Dificulc ades (4-16 anos)	. ^a	,733* ,000	. ^a	1	,772* ,000	,789* ,000	-,238 ,198	,672* ,000	,123 ,510
N	0	31	0	31	31	31	31	31	31
Esca de Sinto mas (3-16 anos)	,653* ,000	,368* ,042	,782* ,000	,772* ,000	1	,404* ,001	,073 ,574	,507* ,000	,130 ,315
N	31	31	31	31	62	62	62	62	62
Esca de Hiper atividade (3-16 anos)	,591* ,000	,587* ,001	,864* ,000	,789* ,000	,404* ,001	1	-,570* ,000	,476* ,000	,316* ,012
N	31	31	31	31	62	62	62	62	62
Esca de Comportam to Pró-Soc ial (3-16 anos)	-,226 ,221	-,385* ,033	-,554* ,001	-,238 ,198	,073 ,574	-,570* ,000	1	-,406* ,001	-,345* ,006
N	31	31	31	31	62	62	62	62	62
Esca de Probl Relacionam ento com os Colegas (3- 16 anos)	,507* ,004	,234 ,205	,789* ,000	,672* ,000	,507* ,000	,476* ,000	-,406* ,001	1	,166 ,198
N	31	31	31	31	62	62	62	62	62
Nº de episódios anteriores	,483* ,006	,175 ,345	,505* ,004	,123 ,510	,130 ,315	,316* ,012	-,345* ,006	,166 ,198	1 115
N	31	31	31	31	62	62	62	62	115

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

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

^aCannot be computed because at least one of the variables is constant.

10. RELAÇÃO ENTRE O NCA E PERTURBAÇÃO EMOCIONAL

Explore

ISP_grp

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Nº de episódios anteriores	Não perturbado	85	100,0%	0	,0%	85	100,0%
	Perturbado	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Descriptives

ISP_grp				Statistic	Std. Error
Nº de episódios anteriores	Não perturbado	Mean		4,6824	,46055
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,7665	
			Upper Bound	5,5982	
		5% Trimmed Mean		4,3595	
		Median		3,0000	
		Variance		18,029	
		Std. Deviation		4,24604	
		Minimum		,00	
		Maximum		17,00	
		Range		17,00	
		Interquartile Range		6,00	
		Skewness		1,121	,261
		Kurtosis		,409	,517
		Perturbado	Perturbado	Mean		6,4000	,99608
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			4,3628	
	Upper Bound			8,4372	
5% Trimmed Mean				6,0370	
Median				6,0000	
Variance				29,766	
Std. Deviation				5,45578	
Minimum				,00	
Maximum				21,00	
Range				21,00	
Interquartile Range				8,00	
Skewness				,881	,427
Kurtosis				,286	,833

Tests of Normality

ISP_grp		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Nº de episódios anteriores	Não perturbado	,199	85	,000	,869	85	,000
	Perturbado	,167	30	,033	,912	30	,016

a. Lilliefors Significance Correction

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

ISP_grp		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nº de episódios anteriores	Não perturbado	85	55,56	4722,50
	Perturbado	30	64,92	1947,50
Total		115		

Test Statistics^a

	Nº de episódios anteriores
Mann-Whitney U	1067,500
Wilcoxon W	4722,500
Z	-1,328
Asymp. Sig. (2-tailed)	,184

a. Grouping Variable: ISP_grp

T-Test

Group Statistics

ISP_grp		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Nº de episódios anteriores	Não perturbado	85	4,6824	4,24604	,46055
	Perturbado	30	6,4000	5,45578	,99608

11. RELAÇÃO ENTRE PERTURBAÇÃO EMOCIONAL E PERCEPÇÃO DE GRAVIDADE E DE URGÊNCIA DO PROBLEMA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Crosstabs

Considerei que era uma situação mais grave do que outros problemas de saúde anteriores. * ISP_grp

Crosstab

			ISP_grp		Total
			Não perturbado	Perturbado	
Considerei que era uma situação mais grave do que outros problemas de saúde anteriores.	verdadeiro	Count	41	14	55
		% within Considerei que era uma situação mais grave do que outros problemas de saúde anteriores.	74,5%	25,5%	100,0%
	falso	% within ISP_grp	48,2%	46,7%	47,8%
		% of Total	35,7%	12,2%	47,8%
Total	verdadeiro	Count	44	16	60
		% within Considerei que era uma situação mais grave do que outros problemas de saúde anteriores.	73,3%	26,7%	100,0%
	falso	% within ISP_grp	51,8%	53,3%	52,2%
		% of Total	38,3%	13,9%	52,2%
Total	verdadeiro	Count	85	30	115
		% within Considerei que era uma situação mais grave do que outros problemas de saúde anteriores.	73,9%	26,1%	100,0%
	falso	% within ISP_grp	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	73,9%	26,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,022 ^b	1	,882		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,022	1	,882		
Fisher's Exact Test				1,000	,526
Linear-by-Linear Association	,022	1	,883		
N of Valid Cases	115				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,35.

Crosstabs

Considerei que era uma situação mais urgente do que outros problemas de saúde anteriores. * ISP_grp

Crosstab

			ISP_grp		Total
			Não perturbado	Perturbado	
Considerei que era uma situação mais urgente do que outros problemas de saúde anteriores.	verdadeiro	Count	54	22	76
		% within Considerei que era uma situação mais urgente do que outros problemas de saúde anteriores.	71,1%	28,9%	100,0%
		% within ISP_grp	63,5%	73,3%	66,1%
		% of Total	47,0%	19,1%	66,1%
	falso	Count	31	8	39
		% within Considerei que era uma situação mais urgente do que outros problemas de saúde anteriores.	79,5%	20,5%	100,0%
		% within ISP_grp	36,5%	26,7%	33,9%
		% of Total	27,0%	7,0%	33,9%
Total	Count	85	30	115	
	% within Considerei que era uma situação mais urgente do que outros problemas de saúde anteriores.	73,9%	26,1%	100,0%	
	% within ISP_grp	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	73,9%	26,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,951 ^b	1	,329		
Continuity Correction ^a	,564	1	,453		
Likelihood Ratio	,977	1	,323		
Fisher's Exact Test				,377	,228
Linear-by-Linear Association	,943	1	,332		
N of Valid Cases	115				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,17.

12. RELAÇÃO ENTRE PERTURBAÇÃO EMOCIONAL E PERCEÇÃO DE FRAGILIDADE

Crosstabs

Acha que a sua criança é * ISP_grp Crosstabulation

			ISP_grp		Total
			Não perturbado	Perturbado	
Acha que a sua criança é	Mais frágil que a maioria das crianças da sua idade	Count	23	22	45
		% within Acha que a sua criança é	51,1%	48,9%	100,0%
		% within ISP_grp	27,1%	73,3%	39,1%
		% of Total	20,0%	19,1%	39,1%
		Adjusted Residual	-4,5	4,5	
	Tão frágil como a maioria das crianças da sua idade	Count	53	6	59
		% within Acha que a sua criança é	89,8%	10,2%	100,0%
		% within ISP_grp	62,4%	20,0%	51,3%
		% of Total	46,1%	5,2%	51,3%
	Menos frágil do que a maioria das crianças da sua idade	Count	9	2	11
		% within Acha que a sua criança é	81,8%	18,2%	100,0%
		% within ISP_grp	10,6%	6,7%	9,6%
% of Total		7,8%	1,7%	9,6%	
Total	Count	85	30	115	
	% within Acha que a sua criança é	73,9%	26,1%	100,0%	
	% within ISP_grp	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	73,9%	26,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,243 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	20,422	2	,000
Linear-by-Linear Association	13,862	1	,000
N of Valid Cases	115		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,87.

13. RELAÇÃO ENTRE PERTURBAÇÃO EMOCIONAL E PERCEPÇÃO DO TEMPERAMENTO

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Crianças Díficeis * ISP_grp	53	100,0%	0	,0%	53	100,0%

Crianças Díficeis * ISP_grp Crosstabulation

			ISP_grp		Total
			Não perturbado	Perturbado	
Crianças Díficeis	Díficil	Count	16	7	23
		% within Crianças Díficeis	69,6%	30,4%	100,0%
		% within ISP_grp	39,0%	58,3%	43,4%
		% of Total	30,2%	13,2%	43,4%
Crianças Díficeis	Não díficil	Count	25	5	30
		% within Crianças Díficeis	83,3%	16,7%	100,0%
		% within ISP_grp	61,0%	41,7%	56,6%
		% of Total	47,2%	9,4%	56,6%
Total		Count	41	12	53
		% within Crianças Díficeis	77,4%	22,6%	100,0%
		% within ISP_grp	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	77,4%	22,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,409 ^b	1	,235		
Continuity Correction ^a	,733	1	,392		
Likelihood Ratio	1,399	1	,237		
Fisher's Exact Test				,324	,196
Linear-by-Linear Association	1,382	1	,240		
N of Valid Cases	53				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,21.

14. RELAÇÃO ENTRE PERTURBAÇÃO EMOCIONAL E PROBLEMAS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS

Explore
ISP_grp

Descriptives

ISP_grp				Statistic	Std. Error		
Escala de Problemas de Comportamento (3 anos)	Não perturbado	Mean		2,5217	,35492		
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,7857			
			Upper Bound	3,2578			
		5% Trimmed Mean		2,4203			
		Median		2,0000			
		Variance		2,897			
		Std. Deviation		1,70213			
		Minimum		,00			
		Maximum		7,00			
		Range		7,00			
		Interquartile Range		3,00			
		Skewness		,898	,481		
		Kurtosis		,603	,935		
		Perturbado	Perturbado	Mean		6,3750	,62500
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4,8971	
					Upper Bound	7,8529	
				5% Trimmed Mean		6,4722	
Median				6,5000			
Variance				3,125			
Std. Deviation				1,76777			
Minimum				3,00			
Maximum				8,00			
Range				5,00			
Interquartile Range				2,75			
Skewness				-,967	,752		
Kurtosis				,522	1,481		

Tests of Normality

ISP_grp		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Escala de Problemas de Comportamento (3 anos)	Não perturbado	,186	23	,039	,910	23	,042
	Perturbado	,196	8	,200*	,877	8	,178

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Explore
ISP_grp

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Escala de Problemas de Comportamento (4-16 anos)	ISP_grp Não perturbado	21	47,7%	23	52,3%	44	100,0%
	Perturbado	10	55,6%	8	44,4%	18	100,0%

Descriptives

ISP_grp				Statistic	Std. Error
Escala de Problemas de Comportamento (4-16 anos)	Não perturbado	Mean		2,6190	,44974
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,6809	
			Upper Bound	3,5572	
		5% Trimmed Mean		2,5238	
		Median		3,0000	
		Variance		4,248	
		Std. Deviation		2,06098	
		Minimum		,00	
		Maximum		7,00	
		Range		7,00	
		Interquartile Range		2,50	
		Skewness		,645	,501
		Kurtosis		-,359	,972
		Perturbado	Perturbado	Mean		3,2000	,44222
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			2,1996	
	Upper Bound			4,2004	
5% Trimmed Mean				3,2222	
Median				3,5000	
Variance				1,956	
Std. Deviation				1,39841	
Minimum				1,00	
Maximum				5,00	
Range				4,00	
Interquartile Range				2,25	
Skewness				-,134	,687
Kurtosis				-1,379	1,334

Tests of Normality

ISP_grp		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Escala de Problemas de Comportamento (4-16 anos)	Não perturbado	,189	21	,050	,914	21	,064
	Perturbado	,216	10	,200*	,907	10	,263

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Explore
ISP_grp

Case Processing Summary

ISP_grp		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Total de Dificuldades (3 anos)	Não perturbado	23	52,3%	21	47,7%	44	100,0%
	Perturbado	8	44,4%	10	55,6%	18	100,0%

Descriptives

ISP_grp		Statistic	Std. Error	
Total de Dificuldades (3 anos)	Não perturbado	Mean	9,3913	
		95% Confidence Interval for Mean	7,1115	
		Lower Bound	11,6711	
		Upper Bound		
		5% Trimmed Mean	9,1715	
		Median	7,0000	
		Variance	27,794	
		Std. Deviation	5,27205	
		Minimum	2,00	
		Maximum	21,00	
		Range	19,00	
		Interquartile Range	8,00	
		Skewness	,590	,481
		Kurtosis	-,707	,935
		Perturbado	Perturbado	Mean	19,2500
95% Confidence Interval for Mean	13,6196			
Lower Bound	24,8804			
Upper Bound				
5% Trimmed Mean	19,3889			
Median	20,0000			
Variance	45,357			
Std. Deviation	6,73477			
Minimum	7,00			
Maximum	29,00			
Range	22,00			
Interquartile Range	9,00			
Skewness	-,503			,752
Kurtosis	,625			1,481

Tests of Normality

ISP_grp		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total de Dificuldades (3 anos)	Não perturbado	,197	23	,021	,921	23	,071
	Perturbado	,139	8	,200*	,980	8	,962

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**Explore
ISP_grp**

Case Processing Summary

ISP_grp		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Total de Dificuldades (4-16 anos)	Não perturbado	21	47,7%	23	52,3%	44	100,0%
	Perturbado	10	55,6%	8	44,4%	18	100,0%

Descriptives

ISP_grp		Statistic	Std. Error	
Total de Dificuldades (4-16 anos)	Não perturbado	Mean	10,1905	1,31406
		95% Confidence Interval for Mean	7,4494	
		Lower Bound Upper Bound	12,9316	
	5% Trimmed Mean	10,0000		
	Median	9,0000		
	Variance	36,262		
	Std. Deviation	6,02179		
	Minimum	1,00		
	Maximum	23,00		
	Range	22,00		
	Interquartile Range	9,00		
	Skewness	,391	,501	
	Kurtosis	-,501	,972	
	Perturbado	Perturbado	Mean	14,7000	1,79536
95% Confidence Interval for Mean			10,6386	
Lower Bound Upper Bound			18,7614	
5% Trimmed Mean		14,7222		
Median		14,5000		
Variance		32,233		
Std. Deviation		5,67744		
Minimum		6,00		
Maximum		23,00		
Range		17,00		
Interquartile Range		8,25		
Skewness		-,314	,687	
Kurtosis		-,523	1,334	

Tests of Normality

ISP_grp		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total de Dificuldades (4-16 anos)	Não perturbado	,132	21	,200*	,966	21	,639
	Perturbado	,182	10	,200*	,939	10	,542

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Explore

ISP_grp

Case Processing Summary

ISP_grp		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Escala de Sintomas Emocionais (3-16 anos)	Não perturbado	44	100,0%	0	,0%	44	100,0%
	Perturbado	18	100,0%	0	,0%	18	100,0%

Descriptives

ISP_grp				Statistic	Std. Error
Escala de Sintomas Emocionais (3-16 anos)	Não perturbado	Mean		2,0227	,26511
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,4881	
			Upper Bound	2,5574	
		5% Trimmed Mean		1,8687	
		Median		1,5000	
		Variance		3,092	
		Std. Deviation		1,75855	
		Minimum		,00	
		Maximum		8,00	
	Range		8,00		
	Interquartile Range		2,00		
	Skewness		1,281	,357	
	Kurtosis		2,009	,702	
	Perturbado	Mean		3,6111	,51854
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,5171	
			Upper Bound	4,7051	
		5% Trimmed Mean		3,5123	
Median			3,0000		
Variance			4,840		
Std. Deviation			2,19997		
Minimum			1,00		
Maximum			8,00		
Range		7,00			
Interquartile Range		4,25			
Skewness		,522	,536		
Kurtosis		-,747	1,038		

Tests of Normality

ISP_grp		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Escala de Sintomas Emocionais (3-16 anos)	Não perturbado	,220	44	,000	,871	44	,000
	Perturbado	,165	18	,200*	,913	18	,098

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Explore ISP_grp

Case Processing Summary

ISP_grp		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Escala de Hiperatividade (3-16 anos)	Não perturbado	44	100,0%	0	,0%	44	100,0%
	Perturbado	18	100,0%	0	,0%	18	100,0%

Descriptives

ISP_grp				Statistic	Std. Error
Escala de Hiperatividade (3-16 anos)	Não perturbado	Mean		3,8864	,37101
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,1381	
			Upper Bound	4,6346	
		5% Trimmed Mean		3,7929	
		Median		4,0000	
		Variance		6,057	
		Std. Deviation		2,46101	
		Minimum		,00	
		Maximum		10,00	
		Range		10,00	
		Interquartile Range		3,00	
		Skewness		,608	,357
		Kurtosis		-,018	,702
	Perturbado	Mean			5,4444	,53762
95% Confidence Interval for Mean			Lower Bound	4,3102	
			Upper Bound	6,5787	
		5% Trimmed Mean		5,3827	
		Median		5,5000	
		Variance		5,203	
		Std. Deviation		2,28092	
		Minimum		2,00	
		Maximum		10,00	
		Range		8,00	
		Interquartile Range		4,00	
		Skewness		,349	,536
		Kurtosis		-,691	1,038

Tests of Normality

ISP_grp		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Escala de Hiperactividade (3-16 anos)	Não perturbado	,209	44	,000	,937	44	,019
	Perturbado	,136	18	,200*	,952	18	,453

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Explore
ISP_grp

Case Processing Summary

ISP_grp		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Escala de Comportamento Pró-Social (3-16 anos)	Não perturbado	44	100,0%	0	,0%	44	100,0%
	Perturbado	18	100,0%	0	,0%	18	100,0%

Descriptives

ISP_grp				Statistic	Std. Error
Escala de Comportamento Pró-Social (3-16 anos)	Não perturbado	Mean		6,5909	,37960
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,8254	
			Upper Bound	7,3565	
		5% Trimmed Mean		6,6818	
		Median		6,5000	
		Variance		6,340	
		Std. Deviation		2,51801	
		Minimum		1,00	
	Maximum		10,00		
	Range		9,00		
	Interquartile Range		4,00		
	Skewness		-,373	,357	
	Kurtosis		-,706	,702	
	Perturbado	Mean		6,5556	,61688
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,2541	
			Upper Bound	7,8571	
5% Trimmed Mean			6,7284		
Median			5,5000		
Variance			6,850		
Std. Deviation			2,61719		
Minimum			,00		
Maximum		10,00			
Range		10,00			
Interquartile Range		4,00			
Skewness		-,558	,536		
Kurtosis		,676	1,038		

Tests of Normality

ISP_grp		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Escala de Comportamento Pró-Social (3-16 anos)	Não perturbado	,149	44	,016	,938	44	,020
	Perturbado	,224	18	,018	,860	18	,012

a. Lilliefors Significance Correction

Explore

ISP_grp

Case Processing Summary

ISP_grp		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas (3-16 anos)	Não perturbado	44	100,0%	0	,0%	44	100,0%
	Perturbado	18	100,0%	0	,0%	18	100,0%

Descriptives

ISP_grp				Statistic	Std. Error
Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas (3-16 anos)	Não perturbado	Mean		1,2955	,19664
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,8989	
			Upper Bound	1,6920	
		5% Trimmed Mean		1,1970	
		Median		1,0000	
		Variance		1,701	
		Std. Deviation		1,30437	
		Minimum		,00	
		Maximum		6,00	
	Range		6,00		
	Interquartile Range		2,00		
	Skewness		1,131	,357	
	Kurtosis		2,216	,702	
	Perturbado	Mean		3,0556	,53304
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,9309	
			Upper Bound	4,1802	
		5% Trimmed Mean		2,9506	
Median			3,0000		
Variance			5,114		
Std. Deviation			2,26150		
Minimum			,00		
Maximum			8,00		
Range		8,00			
Interquartile Range		3,00			
Skewness		,712	,536		
Kurtosis		,072	1,038		

Tests of Normality

ISP_grp		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas (3-16 anos)	Não perturbado	,203	44	,000	,834	44	,000
	Perturbado	,171	18	,172	,932	18	,213

a. Lilliefors Significance Correction

Explore

ISP_grp

Case Processing Summary

ISP_grp		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Total de Dificuldades (3 anos)	Não perturbado	23	52,3%	21	47,7%	44	100,0%
	Perturbado	8	44,4%	10	55,6%	18	100,0%

Descriptives

ISP_grp				Statistic	Std. Error
Total de Dificuldades (3 anos)	Não perturbado	Mean		,3913	,13686
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,1075	
			Upper Bound	,6751	
		5% Trimmed Mean		,3237	
		Median		,0000	
		Variance		,431	
		Std. Deviation		,65638	
		Minimum		,00	
		Maximum		2,00	
	Range		2,00		
	Interquartile Range		1,00		
	Skewness		1,496	,481	
	Kurtosis		1,196	,935	
	Perturbado	Mean		1,5000	,26726
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,8680	
			Upper Bound	2,1320	
		5% Trimmed Mean		1,5556	
Median			2,0000		
Variance			,571		
Std. Deviation			,75593		
Minimum			,00		
Maximum			2,00		
Range		2,00			
Interquartile Range		1,00			
Skewness		-1,323	,752		
Kurtosis		,875	1,481		

Tests of Normality

ISP_grp		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total de Dificuldades (3 anos)	Não perturbado	,420	23	,000	,634	23	,000
	Perturbado	,371	8	,002	,724	8	,004

a. Lilliefors Significance Correction

Explore
ISP_grp

Case Processing Summary

ISP_grp		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
Total de Dificuldades (4-16 anos)	Não perturbado	21	47,7%	23	52,3%	44	100,0%
	Perturbado	10	55,6%	8	44,4%	18	100,0%

Descriptives

ISP_grp			Statistic	Std. Error
Total de Dificuldades (4-16 anos)	Não perturbado	Mean	,4762	,17754
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound ,1059	
		Upper Bound ,8465		
	5% Trimmed Mean	,4180		
	Median	,0000		
	Variance	,662		
	Std. Deviation	,81358		
	Minimum	,00		
	Maximum	2,00		
	Range	2,00		
	Interquartile Range	1,00		
	Skewness	1,316	,501	
	Kurtosis	-,042	,972	
	Perturbado	Mean	1,0000	,29814
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound ,3256	
		Upper Bound 1,6744		
5% Trimmed Mean		1,0000		
Median		1,0000		
Variance		,889		
Std. Deviation		,94281		
Minimum		,00		
Maximum		2,00		
Range		2,00		
Interquartile Range		2,00		
Skewness		,000	,687	
Kurtosis		-2,129	1,334	

Tests of Normality

ISP_grp		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total de Dificuldades (4-16 anos)	Não perturbado	,435	21	,000	,599	21	,000
	Perturbado	,256	10	,063	,769	10	,006

a. Lilliefors Significance Correction

T-Test

Group Statistics

ISP_grp		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Escala de Problemas de Comportamento (3 anos)	Não perturbado	23	2,5217	1,70213	,35492
	Perturbado	8	6,3750	1,76777	,62500
Escala de Problemas de Comportamento (4-16 anos)	Não perturbado	21	2,6190	2,06098	,44974
	Perturbado	10	3,2000	1,39841	,44222
Total de Dificuldades (3 anos)	Não perturbado	23	9,3913	5,27205	1,09930
	Perturbado	8	19,2500	6,73477	2,38110
Total de Dificuldades (4-16 anos)	Não perturbado	21	10,1905	6,02179	1,31406
	Perturbado	10	14,7000	5,67744	1,79536
Escala de Sintomas Emocionais (3-16 anos)	Não perturbado	44	2,0227	1,75855	,26511
	Perturbado	18	3,6111	2,19997	,51854
Escala de Hiperactividade (3-16 anos)	Não perturbado	44	3,8864	2,46101	,37101
	Perturbado	18	5,4444	2,28092	,53762
Escala de Comportamento (3-16 anos)	Não perturbado	44	6,5909	2,51801	,37960
	Perturbado	18	6,5556	2,61719	,61688
Escala de Problemas de Relacionamento com os Pais (3-16 anos)	Não perturbado	44	1,2955	1,30437	,19664
	Perturbado	18	3,0556	2,26150	,53304

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variance		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Escala de Problemas de Comportamento (3-16 anos)	,000	,995	-5,464	29	,000	-3,85326	,70525	5,29567	2,41085
			-5,361	11,850	,000	-3,85326	,71874	5,42146	2,28506
Escala de Problemas de Comportamento (4-16 anos)	1,178	,287	-,804	29	,428	-,58095	,72251	2,05866	,89675
			-,921	25,142	,366	-,58095	,63073	1,87960	,71769
Total de Dificuldades (4-16 anos)	,131	,720	-4,244	29	,000	-9,85870	2,32314	4,61005	5,10734
			-3,759	10,155	,004	-9,85870	2,62261	5,69015	4,02724
Total de Dificuldades (4-16 anos)	,219	,643	-1,984	29	,057	-4,50952	2,27341	9,15917	,14012
			-2,027	18,798	,057	-4,50952	2,22488	9,16964	,15059
Escala de Sintomas Emocionais (3-16 anos)	1,929	,170	-2,997	60	,004	-1,58838	,52995	2,64844	-,52833
			-2,727	26,337	,011	-1,58838	,58238	2,78474	-,39203
Escala de Hiperatividade (3-16 anos)	,008	,929	-2,309	60	,024	-1,55808	,67467	2,90763	-,20853
			-2,385	33,999	,023	-1,55808	,65321	2,88556	-,23060
Escala de Comportamento Pró-Social (3-16 anos)	,046	,831	,050	60	,961	,03535	,71249	1,38983	1,46054
			,049	30,579	,961	,03535	,72432	1,44273	1,51344
Escala de Problemas de Relacionamento com Colegas (3-16 anos)	6,148	,016	-3,851	60	,000	-1,76010	,45704	2,67433	-,84588
			-3,098	21,782	,005	-1,76010	,56815	2,93906	-,58114

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	ISP_grp	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas (3-16 anos)	Não perturbado	44	27,00	1188,00
	Perturbado	18	42,50	765,00
	Total	62		
Escala de Sintomas Emocionais (3-16 anos)	Não perturbado	44	27,53	1211,50
	Perturbado	18	41,19	741,50
	Total	62		

Test Statistics^a

	Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas (3-16 anos)	Escala de Sintomas Emocionais (3-16 anos)
Mann-Whitney U	198,000	221,500
Wilcoxon W	1188,000	1211,500
Z	-3,149	-2,764
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002	,006

a. Grouping Variable: ISP_grp