

Qualidade de vida e bem-estar nas crianças em Albufeira

RELATÓRIO TÉCNICO PARA A
CÂMARA MUNICIPAL DE ALBUFEIRA

Cristina Nunes, Filomena Matos e Emília Costa.

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faro, 2016

<https://doi.org/10.34623/n3zv-1963>



Agradecimentos

Queremos agradecer às mães e aos pais de Albufeira que colaboraram neste estudo, pois sem a sua disponibilidade e tempo no preenchimento dos questionários o mesmo não seria possível.

Índice

Introdução	1
Saúde e hábitos de vida das crianças	2
Apoio social percebido pelas famílias	4
Estilos e práticas educativas parentais	5
Ajustamento psicossocial das crianças	6
Objetivos	7
Metodologia	7
Participantes	7
Procedimentos	8
Plano de análise	8
Instrumentos	8
Resultados	11
Características sociodemográficas das famílias	11
Saúde e hábitos de vida das crianças	15
Apoio social percebido pelas famílias	21
Estilos e práticas educativas parentais	24
Ajustamento psicossocial das crianças	27
Discussão	32
Características sociodemográficas das famílias	32
Saúde e hábitos de vida das crianças	33
Apoio social percebido pelas famílias	36
Estilos e práticas educativas parentais	37
Ajustamento psicossocial das crianças	37
Conclusões e recomendações	39
Referências bibliográficas	42

Índice de Tabelas

Tabela 1. Tamanho e composição da rede social de apoio	.....21
Tabela 2. Tamanho e composição da rede social de apoio nas famílias imigrantes e não imigrantes	.....22
Tabela 3. Tipo de apoio social percebido pelos participantes	.....22
Tabela 4. Índices de correlação entre o tipo de apoio social percebido	.....23
Tabela 5. Comparação do tipo de apoio social percebido entre famílias mono e biparentais	.....23
Tabela 6. Comparação do tipo de apoio social percebido em função do estado civil dos pais	.....24
Tabela 7. Tipo de apoio social percebido entre famílias imigrantes e não imigrantes	.....24
Tabela 8. Descritivos dos estilos educativos parentais	.....24
Tabela 9. Índices de correlação entre os estilos educativos parentais	.....25
Tabela 10. Comparação dos estilos parentais segundo o nível de estudos das mães	.....25
Tabela 11. Diferenças nas práticas educativas segundo o nível de estudos das mães	.....27
Tabela 12. Descritivos das capacidades e dificuldades das crianças	.....27
Tabela 13. Índices de correlação entre as dimensões das capacidades e dificuldades das crianças	.....28
Tabela 14. Comparação das capacidades e dificuldades das crianças referidas pelos pais e mães	.....28
Tabela 15. Capacidades e dificuldades das crianças nas famílias pobres e não pobres	.....29
Tabela 16. Comparação das capacidades e dificuldades das crianças segundo o tipo de família	.....29
Tabela 17. Comparação das capacidades e dificuldades das crianças em função do estado civil dos pais	.....30
Tabela 18. Capacidades e dificuldades das crianças e nível de estudos das mães	.....30
Tabela 19. Capacidades e dificuldades das crianças nas famílias imigrantes e não imigrantes	.....31

Índice de Figuras

Figura 1. Grau de parentesco dos participantes com a criança	7
Figura 2. Estado civil dos participantes	11
Figura 3. Estrutura familiar dos participantes	11
Figura 4. Nível de estudos dos pais	12
Figura 5. Qualificação profissional dos pais	13
Figura 6. Nível de pobreza das famílias	13
Figura 7. Comparação do nível de pobreza segundo a tipologia das famílias	14
Figura 8. Comparação do nível de pobreza segundo o estado civil dos pais	14
Figura 9. Saúde dos filhos percebida pelos pais	15
Figura 10. Problemas de saúde e desenvolvimento das crianças referidos pelos pais	15
Figura 11. Alimentos que as crianças consomem ao pequeno-almoço (%)	16
Figura 12. Alimentos que as crianças consomem durante o lanche da manhã (%)	16
Figura 13. Alimentos que as crianças consomem durante o almoço (%)	17
Figura 14. Alimentos que as crianças consomem durante o lanche da tarde (%)	17
Figura 15. Alimentos que as crianças consomem durante o jantar (%)	18
Figura 16. Líquidos com que as crianças acompanham as refeições (%)	18
Figura 17. Horas diárias de exposição ao ecrã nos dias de semana	19
Figura 18. Horas diárias de exposição ao ecrã nos feriados e férias	19
Figura 19. Horas diárias de ecrã nos dias de semana segundo a idade das crianças	20
Figura 20. Média de horas diárias de exposição a ecrã	20
Figura 21. Satisfação das famílias com a escola	21
Figura 22. Práticas educativas negativas utilizadas pelos pais	26
Figura 23. Práticas educativas positivas utilizadas pelos pais	26

Introdução

Neste relatório apresentamos os resultados da investigação realizada pela equipa composta pelas doutoras Cristina Nunes, Filomena Matos e Emília Costa para dar resposta ao pedido feito pela Câmara Municipal de Albufeira (CMA) à Universidade do Algarve (UAAlg) na elaboração de um estudo sobre a qualidade de vida e o bem-estar das crianças em idade pré-escolar e escolar no Concelho.

A utilidade deste estudo decorre do facto de que o conhecimento sobre os fatores de risco e de proteção para o bem-estar infantil contribuirá para aumentar a eficácia das intervenções pois assim estas poderão ajustar-se melhor às características e necessidades das crianças e famílias.

A crise económica dos últimos anos tem tornado mais vulneráveis um considerável número de famílias e afetado o seu bem-estar. Na última avaliação sobre o bem-estar infantil, realizada pela UNICEF (2013), Portugal ocupava o 15º lugar entre os 29 países estudados. Nesta avaliação foram utilizados 26 indicadores agrupados nas seguintes dimensões: Bem-estar material, saúde e segurança, educação, comportamentos de risco, habitação e ambiente.

Portugal apresentava uma baixa pontuação em bem-estar material (21º lugar), uma pontuação média em saúde e segurança (14º lugar), educação (18º lugar) e habitação e ambiente (17º lugar) e uma pontuação alta em comportamentos de risco (8º lugar). Outro indicador preocupante apresentado neste relatório é a taxa de pobreza infantil que era superior a 15%, encontrando-se Portugal no grupo de países europeus com piores resultados.

As crianças estão maior risco de pobreza ou de exclusão social do que a população geral na grande maioria dos países da União Europeia. As crianças que crescem na pobreza ou em exclusão social têm mais probabilidades de fracassar na escola, de ter menos saúde e desenvolver o seu potencial mais tarde na vida. Prevenir a transmissão inter-geracional da desvantagem social é um investimento crucial para o futuro, com benefícios a longo prazo para as crianças, a economia e a sociedade (Frazer & Marlier, 2014).

Esperamos com o presente estudo obter conhecimento empírico relevante que possa contribuir para o desenvolvimento de políticas sociais de apoio às famílias.

Saúde e hábitos de vida

A promoção e proteção da saúde são essenciais para o bem-estar do homem e para o desenvolvimento económico e social sustentável. Isto foi reconhecido há mais de 30 anos pelos signatários da Declaração de Alma-Ata, que assinalaram que a Saúde para Todos contribuiria tanto para melhor qualidade de vida como também para a paz e segurança globais (OMS, 2010).

Em Portugal, graças à melhoria das condições de vida e dos cuidados de saúde, a taxa de mortalidade infantil desceu de 21,8⁰/₀₀ em 1981 para 2,9⁰/₀₀ em 2014, sendo a esperança de vida à nascença dos indivíduos do sexo masculino de 77,4 anos e do sexo feminino de 83,2 anos (PORDATA, 2016). Houve uma melhoria significativa da saúde das crianças, à medida que os cuidados de saúde melhoraram e se assistiu a uma aposta na promoção e na vigilância da saúde.

Com efeito, sabemos que a promoção da saúde infantil, através das oportunidades de redução de diferenças de acesso à saúde permite que todas as crianças possam atingir o seu potencial de saúde, sendo que muitas das principais causas de morte, doença e incapacidade podem ser reduzidas em crianças e adolescentes prevenindo-se comportamentos de risco (Hockenberry & Wilson, 2011).

A utilização de hábitos de vida saudáveis é assim essencial para termos uma boa qualidade de vida, na medida em que evita a ocorrência de doenças e mal-estar, prevenindo problemas de saúde futuros e prolongando uma vida saudável. Os hábitos de vida saudáveis, que se iniciam na infância, através da influência dos pais e restantes familiares, podem e devem ser mantidos durante a permanência na escola. É aliás, a escola, um dos locais onde as crianças passam grande parte das suas vidas durante a infância.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2007; 2015), os principais problemas de saúde das crianças portuguesas e onde é necessário intervir preventivamente para promover a saúde e prevenir a doença encontram-se nas seguintes áreas:

- Saúde mental e competências socio emocionais. A qualidade de interação entre a criança, família, escola e comunidade é fundamental. As competências socio-emocionais são adquiridas ao longo da infância e adolescência permitindo uma melhor integração no meio.
- Educação para os afetos e sexualidade. Sendo uma das necessidades humanas básicas, a promoção da educação nesta área contribui para a redução de comportamentos de risco e para uma melhor saúde.

- Alimentação saudável e atividade física. Quer uma alimentação equilibrada quer o exercício físico são muito importantes para a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis. Cada vez mais se torna necessário incentivar um maior consumo de fruta ou hortícolas frescos, toma do pequeno-almoço diariamente, não esquecendo o consumo de água, aliando a esta melhor alimentação a prática diária de atividade física, devendo as crianças entre os 5 e os 17 anos ter pelo menos 60 minutos diários de atividade física moderada a vigorosa.
- Higiene corporal e saúde oral. Uma adequada higiene promove a saúde, melhora o bem-estar físico, mental e social.
- Hábitos de sono e repouso. Cada vez mais as crianças dormem a horas pouco adequadas, acabando por dormir pouco em relação às suas necessidades de sono. A falta de sono perturba o bom humor e a capacidade de raciocínio, aumentando a fadiga. As horas de sono adequadas são fundamentais para uma boa saúde existindo práticas de sono recomendadas: 3 a 5 anos - 12h, 10 anos – 10 h.
- Educação postural. A postura influencia a saúde músculo-esquelética ao longo da vida e na idade escolar torna-se imprescindível promover uma educação postural, quer a postura sentada, de pé e o transporte de pesos, nomeadamente das mochilas.
- Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância.

A maior parte dos problemas de saúde e dos comportamentos de risco, associados ao ambiente e estilos de vida, podem ser prevenidos ou significativamente reduzidos através de um programa de saúde escolar efetivo. Por outro lado, as mudanças rápidas que ocorrem na sociedade em geral, incluindo as alterações na família, a explosão da tecnologia e sistemas de informação, levam a graves problemas de saúde das crianças, nomeadamente os problemas de desenvolvimento, doenças crónicas como a obesidade e a diabetes e as questões de saúde mental, pelo que se torna necessária uma intervenção adequada, uma aposta na prevenção e na identificação precoce do problema, facilitando uma intervenção atempada e adequada (Hockenberry & Wilson, 2011).

Apoio social percebido

O apoio social é um constructo multidimensional que engloba diferentes aspetos estruturais e funcionais. Podemos distinguir três tipos de apoio social: o emocional, que se refere a aspetos como a intimidade, o afeto, o conforto e o cuidado; o tangível, que se refere à provisão de assistência através de ações (e.g., ajuda nas tarefas domésticas, cuidar dos filhos)

ou materiais (e.g., emprestar dinheiro, comida, medicamentos), que tendem a facilitar o indivíduo nas suas tarefas e, deste modo, aliviar a sua sobrecarga; e o informativo, que se refere aos conselhos, orientação ou informação relevante para determinada situação (Barrera, 1986).

Podemos ainda distinguir o grau de integração social, o apoio social recebido e o apoio social percebido. No presente estudo analisaremos o apoio social percebido pois este tem um impacto maior na saúde e bem-estar do que o apoio recebido (Cohen & Wills, 1985).

As pessoas com mais apoio social percebido têm uma autoestima mais elevada, sentem maior autocontrolo, maior capacidade para reagir em momentos de stresse, maior bem-estar subjetivo; conseqüentemente têm, em geral, uma melhor saúde (Lever & Martinez, 2007; Kang, 2012).

Numa meta-análise, Benzie e Mychasiuk (2009) identificaram o apoio social, entre outros, como um fator que promovia a resistência das famílias face às adversidades. Também Armstrong, Birnie-Lefcovitch e Ungar (2005) consideram o apoio social recebido pelos pais como uma variável mediadora entre os fatores de risco e as características ambientais e individuais dos pais e da criança e os resultados proximais (o bem-estar emocional dos pais e a qualidade da parentalidade) e distais (o funcionamento familiar e a resistência da criança).

Belsky (1984) no seu modelo sobre os determinantes da parentalidade, considera que o apoio social é um dos fatores que determina a qualidade das práticas educativas parentais. De acordo com este modelo, as fontes de apoio social, o tamanho da rede e a satisfação com o apoio social percebido e recebido podem atuar como fatores protetores entre o stresse e a parentalidade ou, pelo contrário, a sua carência pode contribuir como um fator de risco adicional para as práticas educativas inadequadas.

Vários estudos têm posto de manifesto a relação entre o apoio social e a parentalidade adequada. O apoio social está positivamente associado com interações positivas entre as mães e as crianças (Jennings, Stagg, & Connors, 1991) e com resultados positivos no desenvolvimento da criança (Melson, Ladd & Hsu, 1993).

Estilos e práticas educativas parentais

Ser pai e mãe significa começar um projeto vital educativo, com uma implicação pessoal e emocional intensa devida tanto à forte dependência das crianças face aos pais como devido ao esforço e entusiasmo que os adultos têm que dedicar-lhe. Se ser pais é inicialmente sentir coisas a respeito dos filhos, é também canalizar o seu comportamento numa determinada direção, limitar os seus desejos, procurar satisfazê-los e ensinar a suportar as

frustrações. Esta tarefa de socialização é posterior ao estabelecimento do apego e requer por parte dos pais uma série de decisões, uma série de comportamentos e de tensões.

Diana Baumrind (1975), ao estudar o modo como os pais realizam estas tarefas de socialização, identificou três estilos parentais: autoritário, firme e permissivo.

O estilo autoritário, caracterizado por um comportamento autoritário para moldar, controlar e avaliar o comportamento e atitudes dos filhos, desencorajando o diálogo e utilizando medidas punitivas para resolver os conflitos, desenvolve na criança menos competências sociais.

O estilo firme, caracterizado pela explicação de regras considerando o ponto de vista das crianças, encorajando a independência da criança e utilizando com menor probabilidade métodos punitivos, desenvolve crianças autoconfiantes e com autocontrole.

O estilo permissivo, caracterizado pelo menor controlo sobre os filhos, havendo uma despreocupação pela disciplina, parece não contribuir para a maturidade pois relaciona-se com dificuldade em controlar impulsos e aceitar a responsabilidade pelas suas ações.

Os estilos parentais referem-se às características globais do relacionamento entre pais e filhos, e as práticas educativas traduzem estratégias e comportamentos definidos por conteúdos e objetivos particulares, específicos de um determinado contexto ou situação. Os estilos parentais são relativamente constantes ao longo do tempo e das situações, no qual as práticas mais específicas ganham expressão, de acordo com os valores e objetivos dos pais (Smetana, 2011).

Os estilos e práticas parentais variam de acordo com as características individuais das crianças e adolescentes, como a idade (Sheehan & Watson, 2008) e sexo (Garaigordobil & Aliri, 2012), e das características dos pais, tais como nível educativo (Hoff, Laursen, & Tardif, 2002), com as suas crenças sobre o desenvolvimento e educação (Palacios, Moreno, & Hidalgo, 1998) ou com a sua saúde mental (Hughes & Gullone, 2008).

A relação entre as práticas parentais e várias dimensões do bem-estar dos adolescentes tem sido amplamente estudada. Controlo psicológico, severidade e indiferença parental têm sido associados com o desajustamento psicossocial dos filhos. Em contraste, o carinho e a supervisão, características da parentalidade positiva, tendem a promover um desenvolvimento ajustado nas crianças, adolescentes e nos jovens adultos.

No entanto existem diferenças culturais nas práticas parentais, tanto na frequência com que certas estratégias são usadas como no impacto que têm no desenvolvimento dos filhos.

Os estudos mostram consenso sobre os benefícios da parentalidade positiva sobre o desenvolvimento psicológico, independentemente do país de origem. Pelo contrário, as práticas coercivas e autoritárias apresentam resultados mais discrepantes entre as diferentes culturas. Numa revisão, García e Gracia (2014) concluem que nos países da Europa do Sul os pais utilizam mais o afeto, a aceitação e o envolvimento como estratégias de socialização do que o controlo rígido e firme.

Podemos concluir que a família assume grande importância na construção de crianças e adolescentes resilientes que lhes permitirá adaptar-se com mais facilidade e superar as adversidades da vida, através das relações afetuosas estabelecidas entre os seus membros (Matos, 2012).

Ajustamento psicossocial das crianças

Nas últimas décadas, têm-se consolidado a tendência em agrupar os problemas ajustamento infantojuvenis em três categorias distintas: os problemas de internalização, os problemas de externalização e a hiperatividade (Achenbach, 1995; Wenar & Kerig, 2000).

Os problemas de adaptação interna ou de internalização referem-se aos comportamentos direcionados internamente e manifestados através de perturbações emocionais e cognitivas (e.g., ansiedade, depressão e queixas somáticas), os quais funcionam de modo inadaptado ao produzir dano ou mal-estar a si próprio. Os problemas de adaptação externa ou de externalização, referem-se comportamentos direcionados para o exterior e evidenciadas por perturbações de comportamento (e.g., agressividade e delinquência), os quais manifestam uma má adaptação à sociedade, causando danos ou mal-estar aos outros. Os problemas de hiperatividade referem-se a problemas de falta de atenção (distrair-se com facilidade, não conseguir seguir instruções, mudar de uma atividade para outra sem completar nenhuma) bem como a comportamentos impulsivos ou de atividade constante (atuar sem pensar, correr e saltar de modo inapropriado, movimentar-se de modo nervoso, não conseguir esperar pela sua vez), os quais levam a um funcionamento inadaptado.

Objetivos

O objetivo geral do estudo foi descrever e analisar os fatores de risco e protetores do bem-estar infantil. Este objetivo geral inclui os seguintes objetivos específicos:

- Analisar o perfil psicossocial das famílias com crianças do Concelho de Albufeira.
- Analisar os hábitos em saúde das crianças relativos ao sono, alimentação e tempo de ecrã.
- Caracterizar a rede de apoio social informal das famílias.
- Analisar os estilos e práticas educativas parentais.
- Analisar o ajustamento psicossocial das crianças.
- Discutir as principais necessidades de apoio e de intervenção junto das famílias.

Métodos

Participantes

Foram selecionados aleatoriamente metade dos centros de educação pré-escolar e do 1º ciclo do Concelho (22 centros) nos quais foram entregues questionários a todos os pais ou mães das crianças que as frequentavam. No total foram entregues 586 questionários dos quais foram devolvidos 480. Os participantes residiam no Concelho de Albufeira e 81% eram mães, 18% eram pais e 1% outros cuidadores (Figura 1). Os seus filhos frequentavam as escolas públicas do pré-escolar e 1º ciclo no concelho. As características dos participantes serão apresentadas no capítulo de resultados.



Figura 1. Grau de parentesco dos participantes com a criança

Procedimentos

Após o estabelecimento do protocolo de colaboração e da obtenção das autorizações das escolas e do consentimento informado das participantes, foram entregues os questionários nas escolas entre outubro e dezembro de 2015.

Os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo de investigação, do carácter não compensatório da sua participação, da natureza anónima e confidencial das suas respostas e da possibilidade de desistir do estudo em qualquer momento sem que isso representasse quaisquer consequências negativas para eles.

Os contactos com os participantes, a obtenção do consentimento informado e a aplicação dos questionários foram realizados pelas técnicas da CMA. A codificação e tratamento dos questionários assim como a análise e discussão dos resultados foi feita pela equipa de investigação da UAlg.

Plano de análise

Os dados foram codificados utilizando o programa *SPSS IBM - 22*. O programa Excel foi utilizado para a representação gráfica dos resultados.

Realizaram-se análises descritivas e inferenciais. Para todas as medidas utilizadas foram apresentadas a frequência relativa (%), média (*M*) e desvio-padrão (*DP*). Foram realizadas comparações de proporções (Qui-quadrado), contrastes de médias utilizando medidas univariantes e multivariantes (*ANOVA e MANOVA*) e de associação (correlação de *Pearson*) entre as diferentes variáveis.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram os seguintes:

Questionário sociodemográfico. Trata-se de um questionário *ad hoc* que recolheu informação relativa à idade, sexo, nível de estudos, ocupação e rendimentos dos pais, composição e estrutura familiar bem como informação relativa ao sexo e idade da criança.

Questionário sobre a Saúde e Hábitos de Vida das crianças. Foi construído um questionário que recolheu informações sobre o estado percebido da saúde, hábitos de sono, alimentação e atividade física. Foi igualmente recolhida informação sobre a adaptação da criança à escola e ao grupo de pares.

Questionário de apoio social percebido. Foi utilizado uma adaptação do *Functional Social Support Questionnaire*, Duke-UNC de Broadhead, Gehlbach, DeGruy e Kaplan (1988). É composto por 15 itens que avaliam o tamanho da rede de apoio social bem como o apoio recebido nas dimensões de apoio emocional, informativo e tangível. Cada item tem 5 opções de resposta (1- Muito menos do que desejo; 5- Tanto quanto desejo). No presente estudo obtiveram-se os seguintes índices de fiabilidade: Apoio Emocional $\alpha = 0,75$; Apoio Informativo $\alpha = 0,89$; Apoio Tangível $\alpha = 0,79$ e Apoio Social Total $\alpha = 0,92$.

Questionário de estilos e dimensões parentais. Este questionário é a versão portuguesa de Miguel, Valentim e Carugati (2009) do *Parenting Styles and Dimensions Questionnaire* de Robinson, Mandleco, Olsen, e Hart (1995, 2001). Foi desenhado para avaliar diferentes tipos de comportamentos e estilos educativos parentais. Nesta investigação utilizaremos a versão abreviada de 32 itens. Cada afirmação corresponde a um comportamento parental e possibilita quatro respostas diferentes, baseadas na frequência com a qual o progenitor exibe esse comportamento com o seu filho (1. *nunca* - 4. *sempre*). Os três estilos educativos identificados pelo questionário são o autoritário, o firme e o permissivo. É de assinalar que o instrumento não caracteriza os pais segundo o seu estilo parental específico, mas dá pontuações sobre o uso de cada um dos estilos e práticas. O estilo autoritário avalia-se através das dimensões: Coerção física (4 itens), indicada pelo uso do castigo físico como forma de educar a criança (ex.: “Quando o meu filho é desobediente dou-lhe uma palmada”); Hostilidade verbal (4 itens), indicada pela ira e a crítica como forma de disciplinar a criança (ex.: “Grito ao meu filho quando se porta mal”) e Punição (4 itens), indicada pelos castigos dados à criança sem explicações (ex.: “Castigo o meu filho retirando-lhe privilégios com poucas ou nenhuma explicações”). Por sua vez, o estilo firme mede-se através de três dimensões: Ligação (5 itens), cujas características são o carinho e apoio existentes na relação pai-filho (ex.: “Quando o meu filho está aborrecido, dou-lhe apoio e consolo”); Regulação (5 itens), na qual o pai usa o raciocínio e a indução como forma de educar e dirigir o comportamento da criança (ex.: “Explico-lhe os motivos das regras que existem em casa”) e Autonomia (5 itens), caracterizada por incentivar à criança que dê a sua opinião e participe na vida familiar (ex.: “Permito ao meu filho que dê a sua opinião sobre as regras familiares”). Por último, o estilo permissivo tem apenas a dimensão Indulgência (5 itens), indicada pela quantidade de vezes nas quais o pai ameaça castigar o filho mas não o cumpre (ex.: “Quando o meu filho faz uma birra, dou-lhe o que ele quer”). No presente estudo obtiveram-se os seguintes índices de fiabilidade: Estilo Autoritário $\alpha = 0,80$; Estilo Firme $\alpha = 0,89$ e Estilo permissivo $\alpha = 0,55$.

Questionário de capacidades e dificuldades. Trata-se da versão portuguesa do *Strengths and Difficulties Questionnaire* que foi desenvolvido por Goodman (1997, 2001) e permite conhecer a visão que pais têm do desenvolvimento socio-emocional das crianças. Foi traduzido e adaptado para Portugal por Fleitlich, Loureiro, Fonseca e Gaspar (2004). É composto por vinte e cinco itens, organizados em cinco escalas. Cada escala é composta por cinco itens e cada item tem três opções de resposta (não é verdade, é pouco verdade, é muito verdade). Apresenta as seguintes subescalas e índices de fiabilidade: Sintomas Emocionais ($\alpha = 0,55$); Problemas de Comportamento ($\alpha = 0,54$); Hiperatividade ($\alpha = 0,66$); Problemas de Relacionamento com os Colegas ($\alpha = 0,47$) e Comportamento Pró-social ($\alpha = 0,65$). A soma das quatro subescalas de problemas (com exceção do Comportamento Pró-social) permite calcular um Total de Dificuldades (20 itens; $\alpha = 0,75$).

Resultados

Características sociodemográficas das famílias

Os participantes tinham idades compreendidas entre os 18 e os 68 anos. As mães tinham em média 36 anos de idade ($DP = 5,71$) e os pais 39 anos ($DP = 6,58$). Tinham em média dois filhos ($DP = 0,67$; $Mín. = 1$; $Máx. = 6$) com idades compreendidas entre os dois e os dez anos ($M = 5,45$; $DP = 1,96$), sendo 229 (49%) raparigas e 237 rapazes (51%).

No que respeita ao estado civil, 51% eram casados, 27% viviam em união de facto, 12% estavam separados ou divorciados e 9% estavam solteiros (Figura 2).

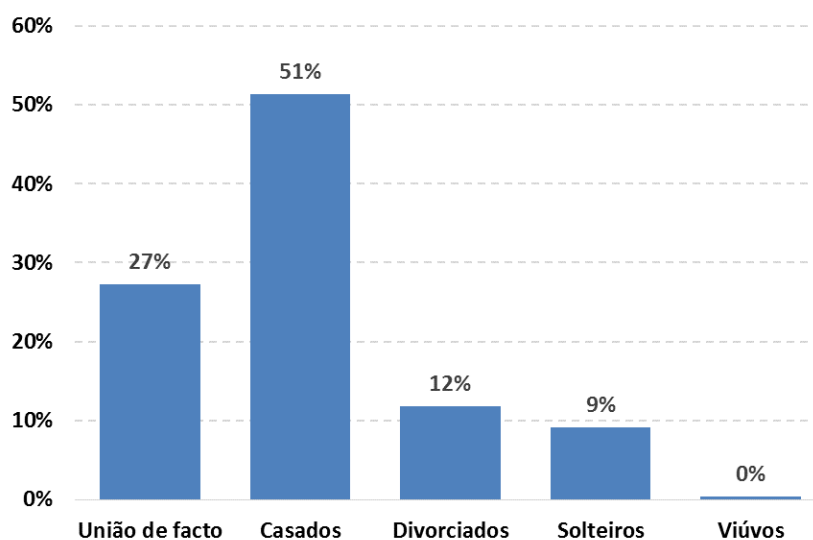


Figura 2. Estado civil dos participantes

A maioria das famílias era biparental (86%) (Figura 3) e nuclear (95%).

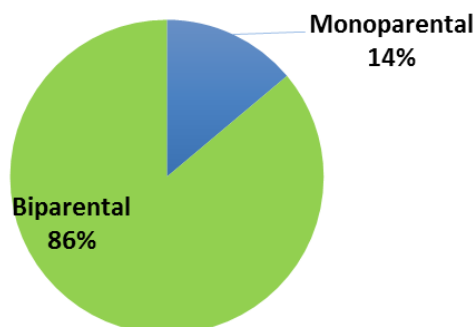


Figura 3. Estrutura familiar dos participantes

Quanto ao nível de escolaridade, a maioria tinha completado o ensino secundário (41%) embora uma proporção importante apenas tenha completado o 3º ciclo do ensino básico (30%) (Figura 4). As mães apresentavam um nível de estudos significativamente mais elevado do que os pais ($\chi^2(4, 446) = 164,88; p = 0,000; V = 0,43$).

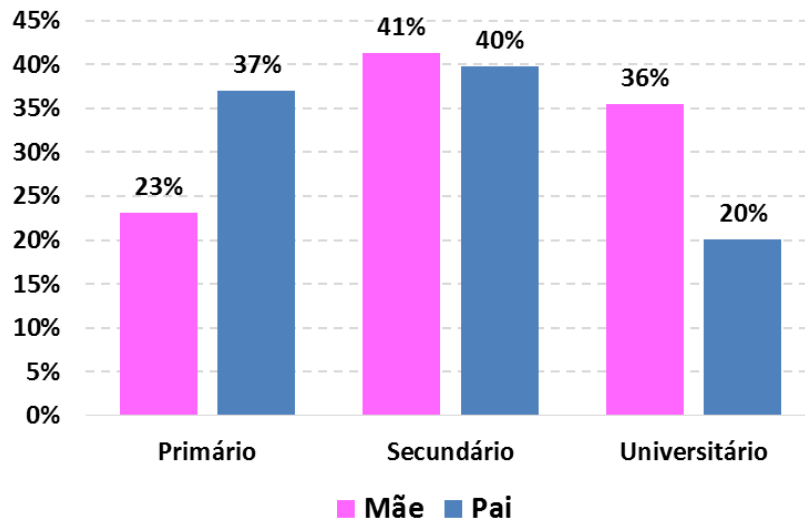


Figura 4. Nível de estudos dos pais

Uma elevada percentagem estava empregada todo o ano (76% das mães e 87% dos pais), 12% das mães e 7% dos pais trabalhavam apenas a tempo parcial e 11% das mães e 6% dos pais estavam desempregados. É de referir que em 3% das famílias ambos os pais estavam desempregados.

A maioria dos participantes tinha profissões com baixa e média qualificação (Figura 5). Observámos diferenças significativas entre pais e mães: as mães ocupavam profissões com qualificação mais alta do que os pais ($\chi^2(4, 411) = 222,00; p = 0,000; V = 0,52$).

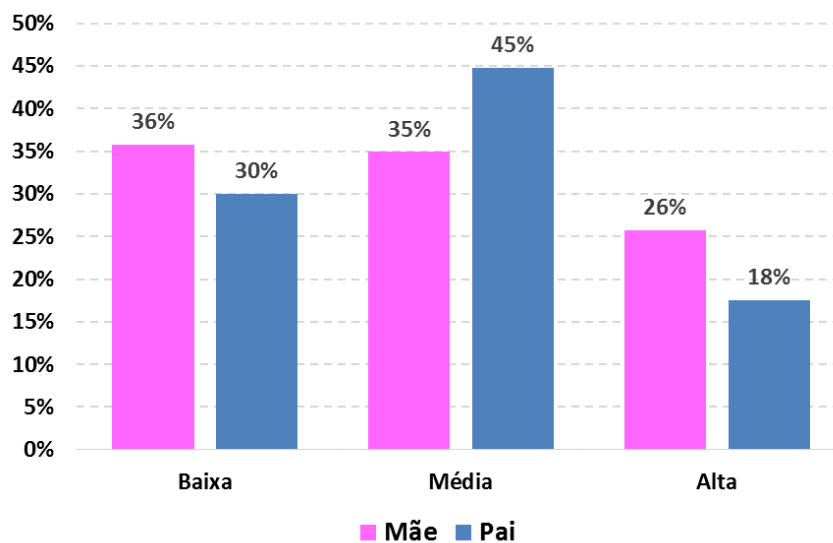


Figura 5. Qualificação profissional dos pais

Na Figura 6 apresentamos o nível de pobreza das famílias. Um sexto das famílias (17%) viviam abaixo do limiar de pobreza, das quais 11% vivem em pobreza moderada, 4% em pobreza grave e 2% em pobreza extrema. A percentagem de indivíduos que se situam abaixo do limiar de pobreza corresponde à porção daqueles que dispõem de um rendimento anual líquido inferior a 60% do rendimento mediano (por adulto equivalente) no país.

Cabe referir que 40% dos participantes não mencionaram os seus rendimentos familiares pelo que não foi possível calcular o seu índice de pobreza.

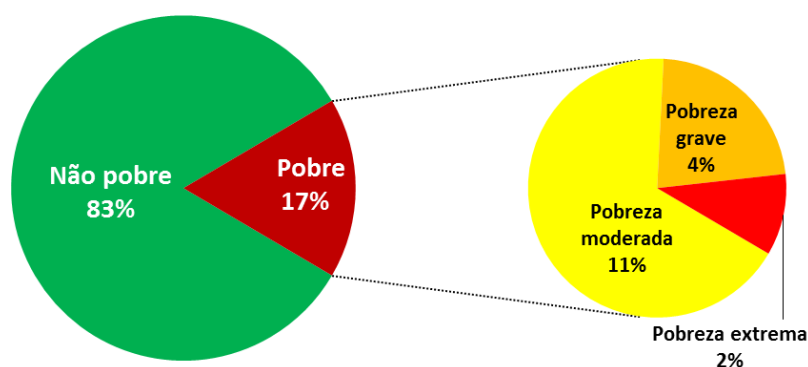


Figura 6. Nível de pobreza das famílias

É de salientar que um maior número de famílias monoparentais vivia abaixo do limiar de pobreza ($\chi^2 (1, 289) = 7,42; p = 0,006; V = 0,17$) comparativamente às famílias biparentais (Figura 7).

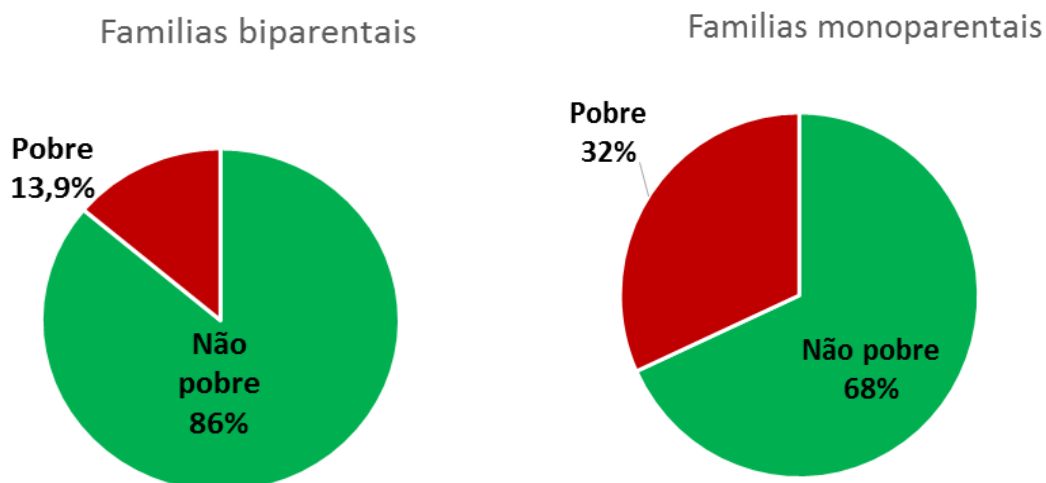


Figura 7. Comparação do nível de pobreza segundo a tipologia das famílias

Também encontramos diferenças significativas entre o estado civil dos pais quanto ao nível de pobreza. É mais frequente que os pais divorciados, separados ou solteiros vivam abaixo do limiar de pobreza ($\chi^2 (2, 285) = 28,80; p = 0,000; V = 0,32$) (Figura 8).

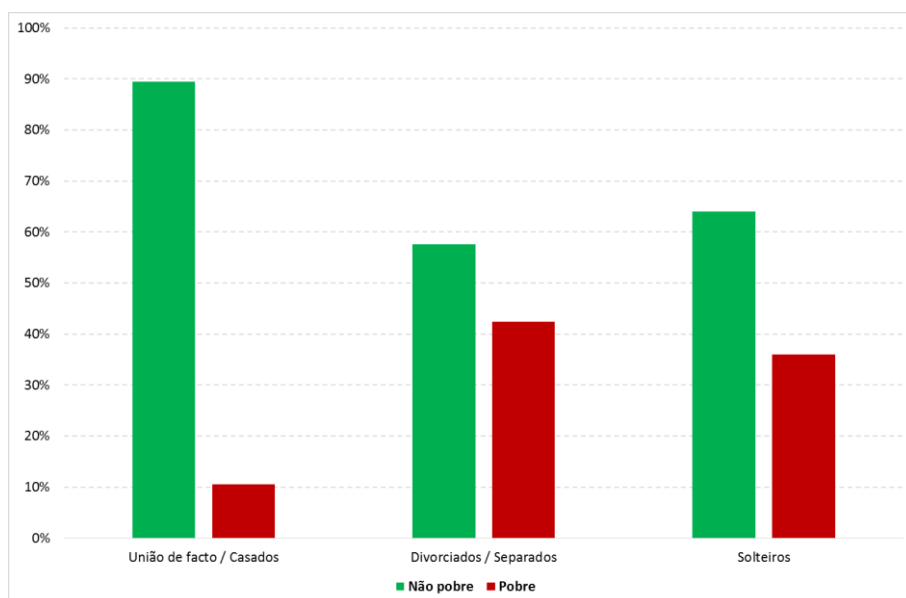


Figura 8. Comparação do nível de pobreza segundo o estado civil dos pais

Saúde e hábitos de vida das crianças

De um modo geral os pais referiram que os seus filhos tinham um elevado nível de saúde (Figura 9). Apenas 10% relataram que o filho tinha problemas de saúde, 10% consultava um psicólogo e 4% tomava medicação. A maioria (98%) ia às consultas de saúde infantil e 99,9% tinha as vacinas em dia.

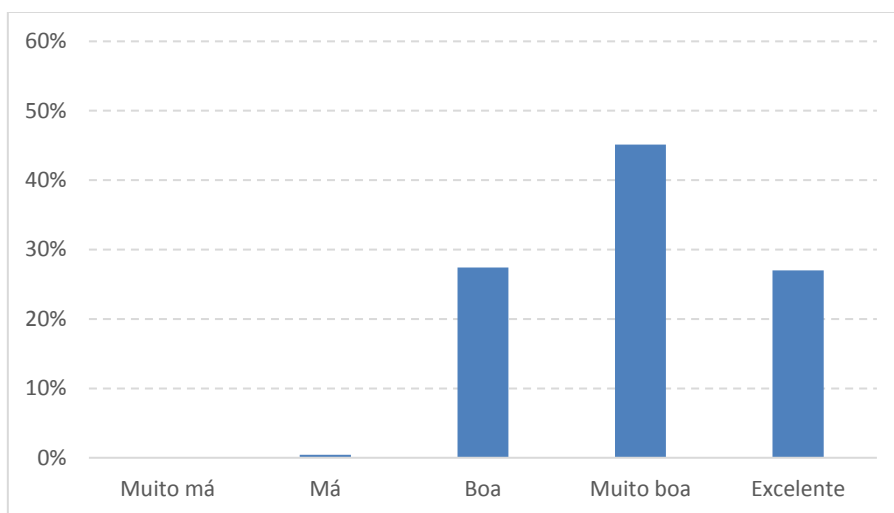


Figura 9. Saúde dos filhos percebida pelos pais

Os problemas mais frequentemente referidos foram os problemas de visão, atraso na linguagem e hiperatividade (Figura 10).

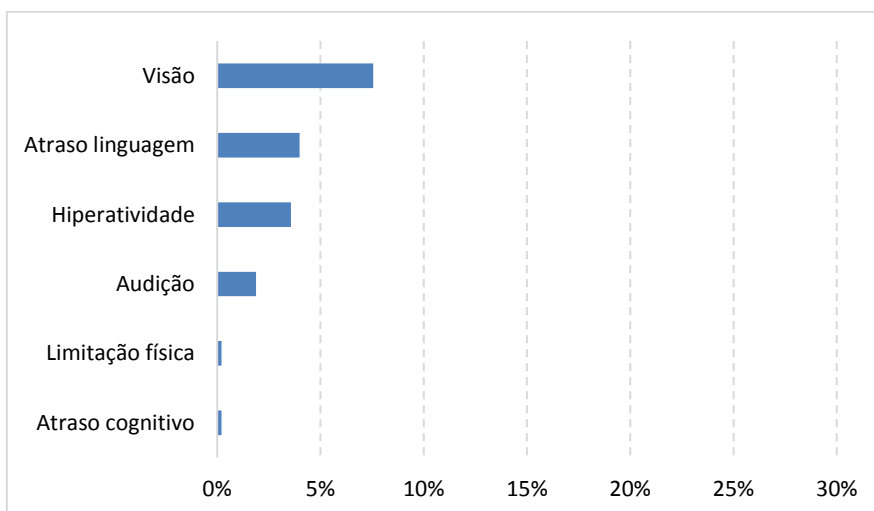


Figura 10. Problemas de saúde e desenvolvimento das crianças referidos pelos pais

No que se refere a hábitos e higiene do sono, em média as crianças dormiam 10,28h ($DP = 0,65$; $Mín. = 8h$, $Máx. = 14h$). A maioria das crianças (63%) dormia sozinha no seu quarto e 38% tinham TV no seu quarto.

A maioria das crianças toma o pequeno-almoço em casa (99%) e na companhia de um adulto (89%). O número de refeições é entre 4 a 6 para a maioria das crianças. No entanto 2% das crianças apenas toma 3 refeições por dia. Nas Figuras 11 – 16 apresentamos em percentagem os alimentos que as crianças consomem às refeições.

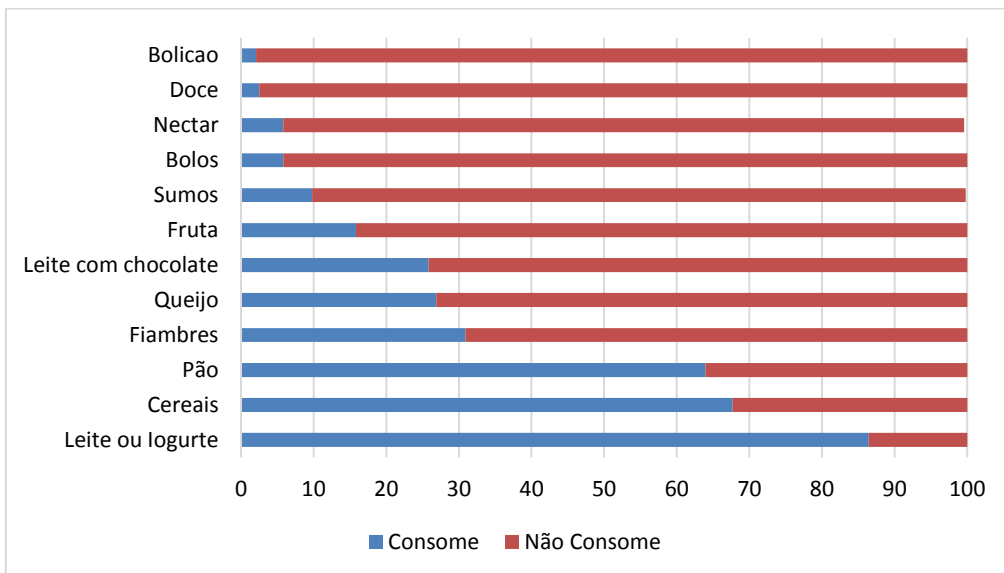


Figura 11. Alimentos que as crianças consomem ao pequeno-almoço (%)

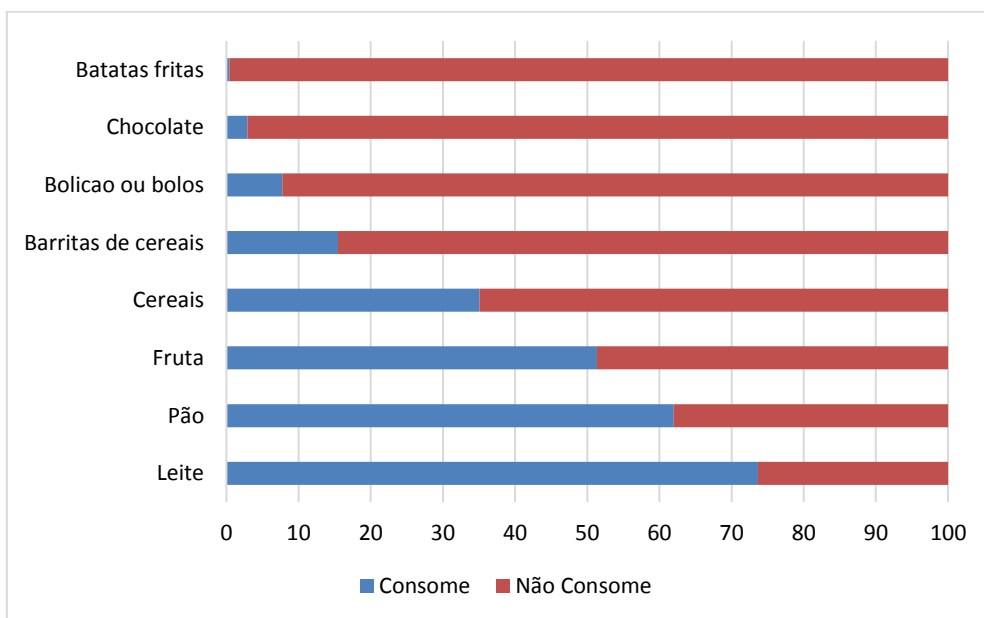


Figura 12. Alimentos que as crianças consomem durante o lanche da manhã (%)

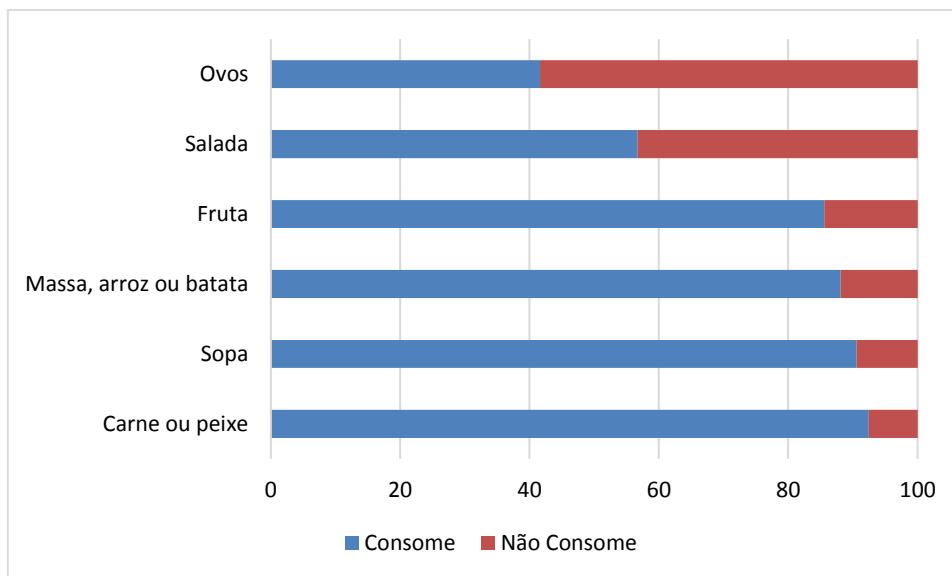


Figura 13. Alimentos que as crianças consomem durante o almoço (%)

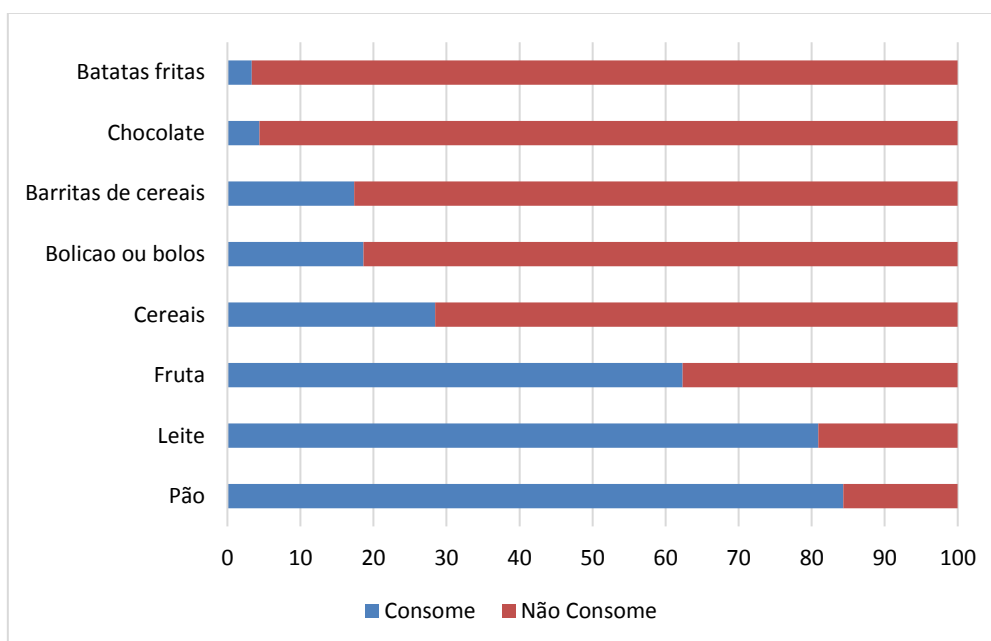


Figura 14. Alimentos que as crianças consomem durante o lanche da tarde (%)

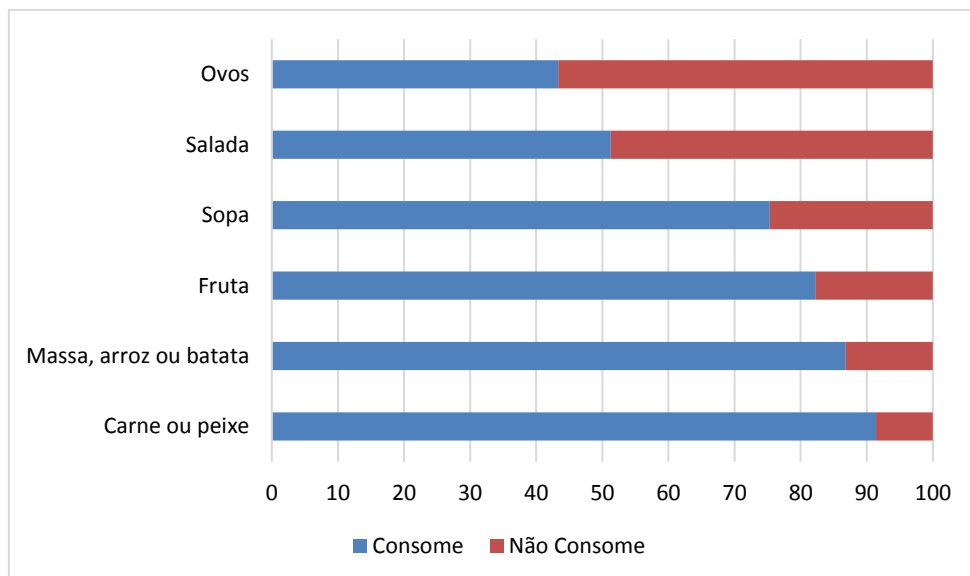


Figura 15. Alimentos que as crianças consomem durante o jantar (%)

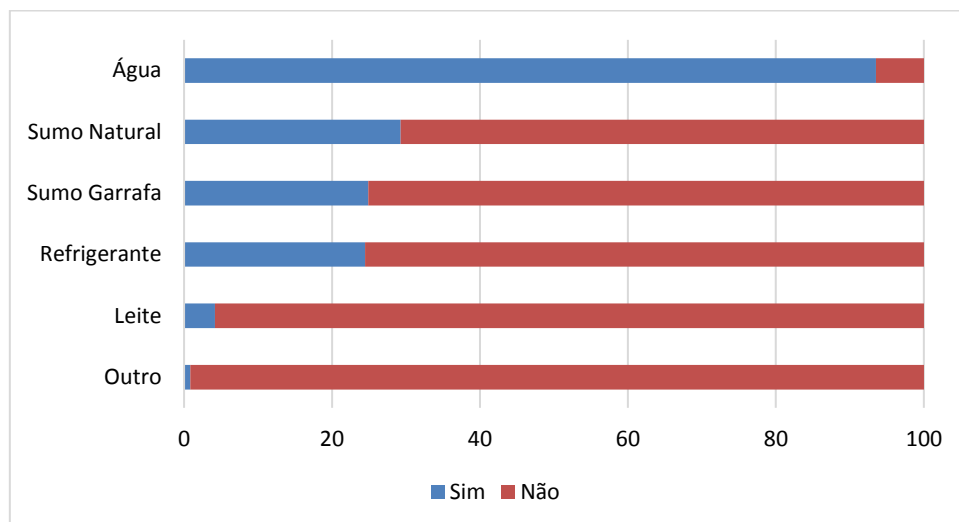


Figura 16. Líquidos com que as crianças acompanham as refeições (%)

É de referir que 4% das crianças nunca comem sopa nem fruta e que 8% apenas come uma peça de fruta por dia.

Metade das crianças praticam desporto, em média 2,7h semanais ($DP = 1,77$; $Mín. = 0,45$; $Máx. = 9,30$) e a maioria (97%) tem brincadeiras que incluem atividade física (correr, saltar ou jogar á bola). Nas Figuras 12 e 13 apresentamos o tempo de ecrã a que as crianças são expostas num dia entre semana e nos feriados ou férias.

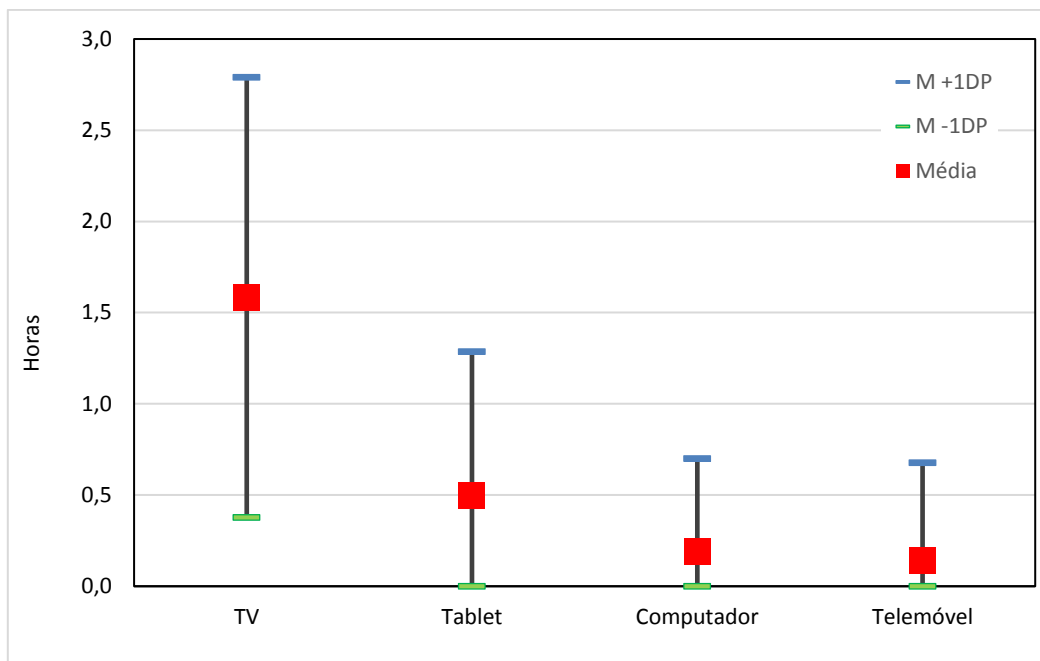


Figura 17. Horas diárias de exposição ao ecrã nos dias de semana

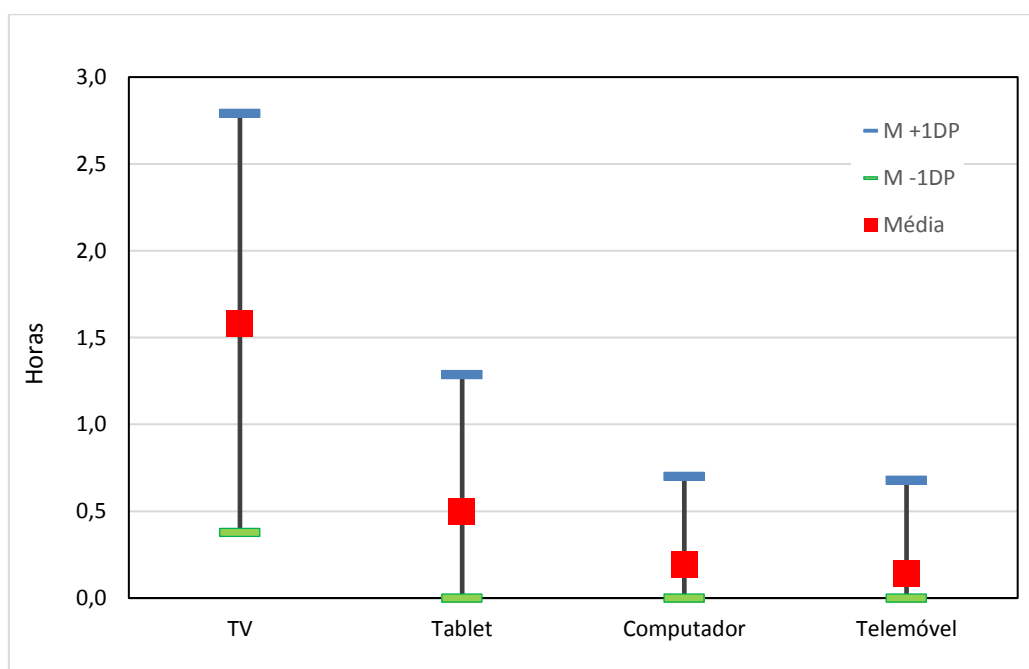


Figura 18. Horas diárias de exposição ao ecrã nos feriados e férias

Somando todas as horas diárias que as crianças utilizam a TV, *tablet*, computador e telemóvel, podemos observar que em média estão expostas 2,4h durante um dia de semana e 3,6h por dia (Figura 20). Não observámos diferenças significativas entre as crianças mais velhas e mais pequenas nos dias de semana. Nas férias, as crianças mais velhas (dos 8 aos 10 anos) têm mais horas de ecrã ($M = 4,50h$; $DP = 2,42$; $F(455) = 14,18$; $p < 0,000$; $\eta^2 = 0,11$).

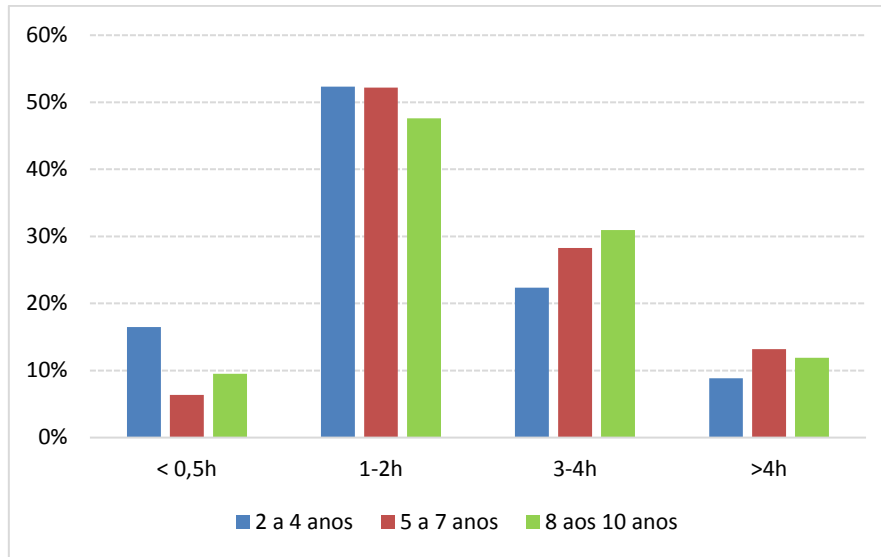


Figura 19. Horas diárias de ecrã nos dias de semana segundo a idade das crianças

As crianças que mais horas dispõem durante a semana com estes dispositivos são as que têm mães com estudos primários ($M = 2,97$; $DP = 2,16$; $F(451) = 8,60$; $p < 0,000$; $\eta^2 = 0,04$), as que são filhas de imigrantes ($M = 3,14$; $DP = 2,56$; $F(463) = 14,68$; $p < 0,000$; $\eta^2 = 0,03$) e as de famílias pobres ($M = 3,09$; $DP = 3,23$; $F(283) = 3,95$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,01$). Não observamos diferenças significativas entre os rapazes e as raparigas, entre as famílias mono e biparentais e o estado civil dos pais.

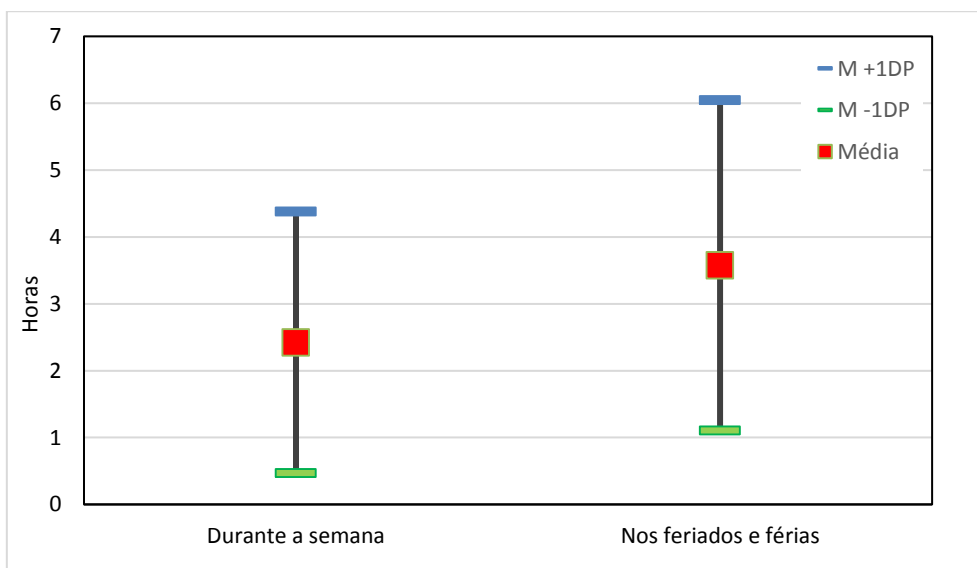


Figura 20. Média de horas diárias de exposição a ecrã

A escola dista em média 4 Km de casa ($Mo = 2\text{Km}$; $DP = 3,57$; $Mín. = 0$; $Máx. = 20$). Apenas 13% vai a pé para a escola, os restantes vão de automóvel (81%), de autocarro (6%) ou em

motorizada = 0,2%). As crianças permanecem em média 8,3h na escola ($Mo = 8$; $DP = 1,25$; $Mín. = 4$; $Máx. = 11$). Os pais consideram que os filhos estão bem adaptados à escola ($M = 3,70$; $DP = 1,01$; $Mín. = 1$; $Máx. = 5$). Na Figura 21, apresentamos o grau de satisfação dos participantes com vários aspetos da escolarização dos filhos. Podemos observar que estão moderadamente satisfeitos com a escola. O aspeto que mais apreciam é a relação professor-criança e o que menos apreciam são as atividades extralectivas oferecidas.

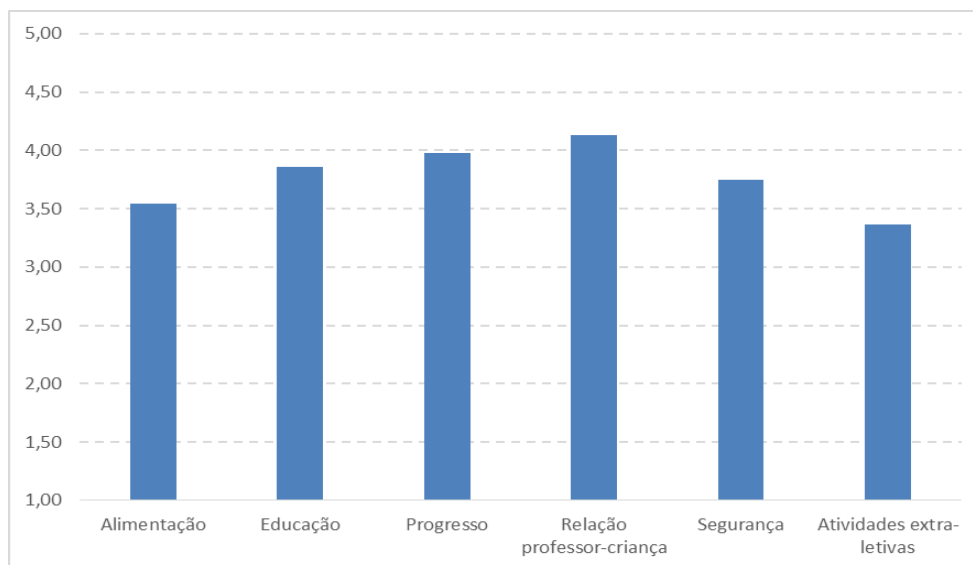


Figura 21. Satisfação das famílias com a escola

Apoio social percebido pelas famílias

Em média os participantes dispunham de uma rede de apoio de aproximadamente 9 pessoas (Tabela 1). No entanto é de salientar que 6 participantes (1,4%) não contavam com nenhum familiar ou amigo na sua rede, 37 (8,5%) não contavam com nenhum familiar e 19 (4,4%) com nenhum amigo.

Tabela 1. Tamanho e composição da rede social de apoio

Rede de Apoio	N	Mín.	Máx.	M	DP
Amigos	429	0	20	4,42	3,11
Familiares	436	0	20	4,22	3,48
Rede total	425	0	40	8,65	5,72

Os pais referem significativamente mais amigos ($M = 5,72$; $DP = 4,06$) na sua rede de apoio do que as mães ($M = 4,16$; $DP = 2,82$; $F(421) = 15,73$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,04$), mas não se observam diferenças significativas ao nível do apoio da família extensa ($F(421) = 2,58$; $p = 0,11$).

As famílias monoparentais dispunham significativamente de menos familiares ($M = 3,24$; $DP = 2,42$) na rede apoio social do que as biparentais ($M = 4,38$; $DP = 2,60$, $F(423) = 5,39$; $p = 0,02$; $\eta^2 = 0,01$). Não se observaram diferenças na quantidade de amigos ($M = 3,81$; $DP = 2,37$ e $M = 4,52$; $DP = 3,22$ respetivamente). As famílias cujos pais são imigrantes têm uma rede de apoio social significativamente menor que as não imigrantes, sobretudo no apoio dado por familiares (Tabela 2).

Tabela 2. Tamanho e composição da rede social de apoio nas famílias imigrantes e não imigrantes

Rede de Apoio	Imigrantes <i>M (DP)</i>	Não imigrantes <i>M (DP)</i>	<i>F</i>	η^2
Amigos	4,22 (2,77)	4,47 (3,188)	0,39	-
Familiares	3,15 (2,35)	4,46 (3,65)	9,31**	0,02
Rede total	7,45 (4,05)	8,91 (5,83)	4,33*	0,01

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Não observámos diferenças significativas na amplitude da rede de apoio social nas restantes variáveis sociodemográficas (nível de estudos, estado civil, nível de pobreza). Na Tabela 3 podemos observar que os participantes consideram que recebem um apoio emocional e informativo médio-alto mas um apoio tangível mais moderado.

Tabela 3. Tipo de apoio social percebido pelos participantes

Tipo de Apoio	<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Apoio Emocional	448	1	5	4,01	0,86
Apoio Informativo	444	1	5	4,01	0,87
Apoio Tangível	431	1	5	3,68	0,97
Apoio Social Total	419	1	5	3,91	0,79

Observamos uma relação significativa e positiva entre as diferentes dimensões do apoio social. Como podemos observar na Tabela 4, os pais que se percebem com mais apoio emocional também são os que se percebem com mais apoio informativo e tangível.

Ao comparar os valores dos diferentes tipos de apoio social percebido pelos participantes observámos que se percebiam com menos apoio tangível do que emocional ($t_{(424)} = 8,29$; $p < 0,001$) ou informativo ($t_{(423)} = 8,99$; $p < 0,001$).

Tabela 4. Índices de correlação entre o tipo de apoio social percebido

Tipo de Apoio	1	2	3	
1. Apoio Informativo	-	0,76***	0,65***	0,93***
2. Apoio Emocional		-	0,61***	0,86***
3. Apoio Tangível			-	0,85***
4. Apoio Social Total				-

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Não observámos diferenças significativas entre pais e mães, e tão-pouco entre os participantes pobres e não pobres. No entanto observámos que as mães com estudos universitários referem ter mais apoio social informativo ($M = 24,53$; $DP = 4,69$) de que as com estudos primários ($M = 22,91$; $DP = 5,58$, $F_{(428)} = 3,59$; $p = 0,03$; $\eta^2 = 0,02$).

As famílias monoparentais referem receber significativamente menos apoio emocional, informativo e tangível do que as biparentais (Tabela 5).

Tabela 5. Comparação do tipo de apoio social percebido entre famílias mono e biparentais

Tipo de Apoio	Famílias Monoparentais <i>M (DP)</i>	Famílias Biparentais <i>M (DP)</i>	F	η^2
Apoio Emocional	3,79 (1,07)	4,04 (0,82)	4,50*	0,02
Apoio Informativo	3,71 (0,99)	4,05 (0,87)	8,10**	0,01
Apoio Tangível	3,34 (0,96)	3,95(0,77)	8,08**	0,02

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Também os pais divorciados referem receber significativamente menos apoio informativo que os que estão casados ou em união de facto e menos apoio tangível do que os solteiros e os casados ou em união de facto (ver Tabela 6).

Tabela 6. Comparação do tipo de apoio social percebido em função do estado civil dos pais

Tipo de Apoio	<i>Casados ou União de facto</i> M (DP)	<i>Divorciados ou separados</i> M (DP)	Solteiros M (DP)	F	η^2
Apoio Emocional	4,06 (0,81)	13,76 (0,92)	4,02 (1,01)	2,80	-
Apoio Informativo	4,07 (0,82)	3,65 (0,99)	3,97 (0,99)	5,21**	0,02
Apoio Tangível	3,73 (0,96)	3,33 (1,05)	3,66 (0,93)	3,79*	0,02

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

As famílias imigrantes referem receber significativamente menos apoio tangível que as não imigrantes (Tabela 7).

Tabela 7. Tipo de apoio social percebido entre famílias imigrantes e não imigrantes

Tipo de Apoio	<i>Famílias Imigrantes</i> M (DP)	<i>Famílias Não Imigrantes</i> M (DP)	F	η^2
Apoio Emocional	3,99 (0,89)	4,01 (0,85)	0,20	-
Apoio Informativo	3,97 (0,92)	4,02 (0,86)	0,07	-
Apoio Tangível	3,44 (1,04)	3,72(0,95)	5,00*	0,01

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Estilos e práticas educativas parentais

Os pais utilizam mais frequentemente o estilo firme do que o autoritário ($t_{(394)} = 53,98$; $p < ,001$) ou o permissivo ($t_{(402)} = 47,03$; $p < ,001$) e o estilo permissivo é mais frequente que o autoritário ($t_{(408)} = 6,19$; $p < ,001$) (Tabela 8).

Tabela 8. Descritivos dos estilos educativos parentais

Estilo parental	N	Mín.	Máx.	M	DP
Autoritário	421	1,00	4,08	2,14	0,52
Firme	412	2,13	5,00	4,26	0,53
Permissivo	437	1,00	4,60	2,33	0,58

Todos os estilos estão significativamente relacionados e como podemos observar na Tabela 9, os pais que utilizam mais o estilo firme são os que menos utilizam o estilo permissivo e o autoritário. Mas o estilo autoritário está positivamente associado ao estilo permissivo.

Tabela 9. Índices de correlação entre os estilos educativos parentais

Estilo parental	1	2	3
1. Autoritário	-	-0,16**	0,33***
2. Firme		-	-0,10*
3. Permissivo			-

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Não observámos diferenças no uso dos estilos parentais entre pais e mães, exceto no estilo firme que era frequentemente mais utilizado pelas mães ($M = 4,31$; $DP = 0,50$) do que pelos pais ($M = 4,08$; $DP = 0,61$; $F(404) = 11,46$; $p = 0,001$; $\eta^2 = 0,03$).

Os contrastes realizados com a MANOVA mostram diferenças nos estilos educativos segundo o nível de estudos das mães. As famílias em que mães têm maior nível de estudos utilizavam mais frequentemente o estilo firme, enquanto nas com menor nível de estudos utilizavam mais o estilo autoritário (Tabela 10).

Tabela 10. Comparação dos estilos parentais segundo o nível de estudos das mães

	Nível estudos mães	
	F	η^2_{parcial}
Variáveis de controlo		
Sexo da criança	1,50	-
Idade da criança	1,62	-
Estilos parentais	3,59**	0,03
Autoritário	4,78**	
Firme	5,07**	
Permissivo	4,03*	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Não observámos diferenças significativas nas restantes variáveis sociodemográficas (ser pobre, ser imigrante, estado civil e tipo de família).

Em relação às práticas educativas (Figuras 21 e 22), os pais utilizam em média mais práticas positivas que negativas. As mais utilizadas são o afeto, o apoio às crianças e a regulação do seu comportamento através da indução e do raciocínio. As menos utilizadas a coerção física e a hostilidade verbal.

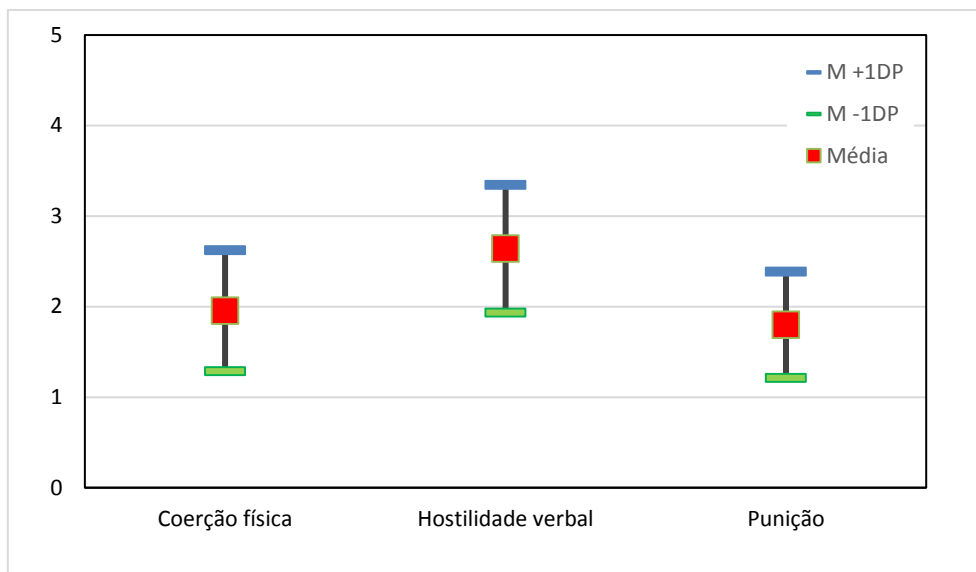


Figura 22. Práticas educativas negativas utilizadas pelos pais

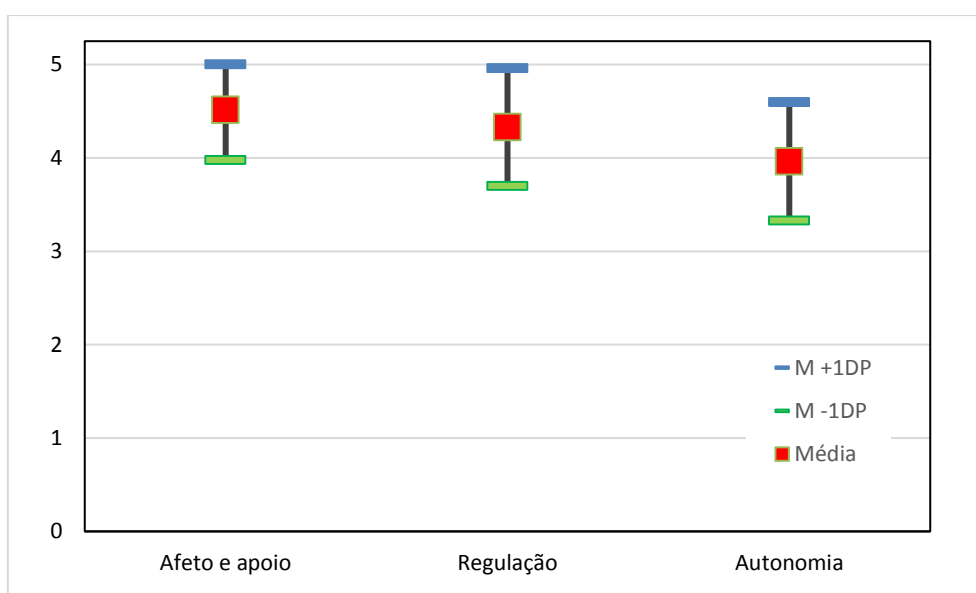


Figura 23. Práticas educativas positivas utilizadas pelos pais

Os contrastes realizados com a MANOVA também mostram diferenças nas práticas educativas parentais segundo o nível de estudos das mães (Tabela 11). Nas famílias em que as mães têm mais estudos utiliza-se mais o afeto e apoio e menos a punição, observando-se um efeito de interação com a idade da criança. O afeto e apoio é mais utilizado com as crianças mais novas do que com as mais velhas.

Não observamos diferenças nas restantes variáveis sociodemográficas (estado civil dos pais, pobreza, tipo de família).

Tabela 11. Diferenças nas práticas educativas segundo o nível de estudos das mães

	Nível estudos mães	
	<i>F</i>	η^2_{parcial}
Variáveis de controlo		
Sexo da criança	1,02	–
Idade da criança	3,34**	0,04
Práticas educativas		
Coerção física	0,80	
Hostilidade verbal	0,39	
Punição	12,10***	
Regulação	5,96**	
Autonomia	1,16	
Coerção física	0,80	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ajustamento psicossocial das crianças

Como se pode observar na Tabela 12, as crianças obtiveram pontuações substancialmente mais elevadas em comportamento pró-social do que nas subescalas relativas a desajustamento. Dentro das dificuldades referidas a que obteve pontuação mais elevada foi a de hiperatividade.

Tabela 12. Descritivos das capacidades e dificuldades das crianças

Dimensão	<i>N</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sintomas emocionais	448	0	10	2,18	1,73
Problemas de comportamento	449	0	9	2,52	1,67
Hiperatividade	442	0	10	4,30	2,20
Problemas relacionamento com pares	449	0	7	1,78	1,61
Comportamento pró-social	445	2	10	8,15	1,76
QCD Total	419	0	30	10,63	4,92

Os rapazes apresentaram mais problemas de comportamento ($M = 2,67$; $DP = 1,82$) do que as raparigas ($M = 2,34$; $DP = 1,48$; $F(432) = 4,20$; $p = 0,041$; $\eta^2 = 0,01$). As raparigas apresentaram mais comportamentos pró-sociais ($M = 8,39$; $DP = 1,64$) do que os rapazes ($M = 7,97$; $DP = 1,81$; $F(430) = 6,13$ $p = 0,014$; $\eta^2 = 0,01$), mas o tamanho do efeito é pequeno.

Todas as dimensões se relacionam significativamente exceto os sintomas emocionais e o comportamento pró-social (Tabela 13).

Tabela 13. Índices de correlação entre as dimensões das capacidades e dificuldades das crianças

Dimensão	1	2	3	4	5	6
Sintomas emocionais	-	0,20***	0,18***	0,42***	-0,05	0,62***
Problemas de comportamento		-	0,47***	0,28***	-0,22***	0,71***
Hiperatividade			-	0,17***	-0,15**	0,73***
Problemas relacionamento pares				-	-0,29***	0,64***
Comportamento pró-social					-	-0,26***
QCD Total						-

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Os pais referem menos problemas de hiperatividade ou desajustamento do que as mães (Tabela 14).

Tabela 14. Comparação das capacidades e dificuldades das crianças referidas pelos pais e mães

Dimensões	Mães M (DP)	Pais M (DP)	F	η^2
Sintomas emocionais	2,21 (1,72)	2,03 (1,49)	0,73	-
Problemas de comportamento	2,57 (1,65)	2,31 (1,77)	1,64	-
Hiperatividade	4,39 (2,17)	3,80 (2,25)	4,73*	0,01
Problemas relacionamento pares	1,85 (1,59)	1,46 (1,59)	3,96	-
Comportamento pró-social	8,18 (1,78)	8,04 (1,67)	0,46	
QCD Total	10,85 (4,82)	9,43 (4,85)	5,13*	0,01

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Quanto à idade das crianças, apenas observamos diferenças nos problemas de comportamento. Os pais das crianças mais novas (0-4 anos) referiram que estas apresentavam mais problemas de comportamento ($M = 2,83$; $DP = 1,75$) do que os pais das crianças entre os 4 e os 7 anos ($M = 2,28$; $DP = 1,59$; $F(437) = 5,08$; $p = 0,007$; $\eta^2 = 0,02$), mas o tamanho do efeito é pequeno.

As famílias pobres referem mais problemas de comportamento e desajustamento psicossocial dos filhos (Tabela 15).

Tabela 15. Capacidades e dificuldades das crianças nas famílias pobres e não pobres

	<i>Famílias pobres M (DP)</i>	<i>Famílias não pobres M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>η²</i>
Sintomas emocionais	2,61 (1,70)	2,11 (1,71)	3,20	-
Problemas de comportamento	3,14 (1,52)	2,49 (1,67)	5,66*	0,02
Hiperatividade	5,05 (2,29)	4,33 (2,23)	3,72	-
Problemas relacionamento pares	2,11 (1,77)	1,74 (1,55)	2,01	-
Comportamento pró-social	8,24 (1,96)	8,19 (1,69)	0,02	-
QCD Total	12,33 (4,08)	10,57 (5,02)	4,31*	0,02

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Os filhos de famílias monoparentais pontuam mais alto do que os de famílias biparentais em problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os pares e QCD total, com um tamanho de efeito pequeno (Tabela 16).

Tabela 16. Comparação das capacidades e dificuldades das crianças segundo o tipo de família

	<i>Famílias Monoparentais M (DP)</i>	<i>Famílias Biparentais M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>η²</i>
Sintomas emocionais	2,36 (1,82)	2,13 (1,67)	1,06	-
Problemas de comportamento	3,02 (1,63)	2,43 (1,66)	6,55*	0,01
Hiperatividade	5,16 (2,26)	4,14 (2,16)	11,60**	0,03
Problemas relacionamento pares	2,29 (1,67)	1,68 (1,57)	7,46**	0,02
Comportamento pró-social	7,93 (1,82)	8,22 (1,74)	1,37	-
QCD Total	12,54 (5,18)	10,27 (4,73)	10,76**	0,03

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Os filhos de pais casados ou em união de facto pontuam mais baixo do que os de pais divorciados ou solteiros em problemas de comportamento, hiperatividade, problemas relacionados com os pares e em QCD total (Tabela 17).

Tabela 17. Comparação das capacidades e dificuldades das crianças em função do estado civil dos pais

	<i>Casados ou União de facto M (DP)</i>	<i>Divorciados ou separados M (DP)</i>	<i>Solteiros M (DP)</i>	F	η^2
Sintomas emocionais	2,07 (1,65)	2,47 (1,77)	2,49 (1,76)	2,10	-
Problemas de comportamento	2,31 (1,64)	2,96 (1,62)	3,66 (1,46)	14,13***	0,06
Hiperatividade	4,08 (2,11)	5,00 (2,27)	5,29 (2,28)	8,47***	0,04
Problemas relacionamento pares	1,64 (1,57)	2,22 (1,45)	2,06 (1,79)	3,89*	0,02
Comportamento pró-social	8,24 (1,79)	7,90 (1,71)	7,62 (2,31)	2,62	-
QCD Total	9,98 (4,68)	12,57 (4,73)	13,22 (4,64)	12,32***	0,06

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Os filhos de mães com estudos universitários pontuam mais baixo em sintomas emocionais do que os que tem pais com estudos secundários ou primários. Os que têm estudos universitários pontuam mais baixo do que os com estudos primários em hiperatividade e QDC total (Tabela 18).

Tabela 18. Capacidades e dificuldades das crianças e nível de estudos das mães

	<i>Primários (N = 95) M (DP)</i>	<i>Secundários (N = 167) M (DP)</i>	<i>Universitários (N = 147) M (DP)</i>	F	η^2
Sintomas emocionais	2,28 (1,56)	2,45 (1,83)	1,72 (1,51)	8,66***	0,04
Problemas de comportamento	2,84 (1,70)	2,39 (1,67)	2,40 (1,58)	2,86	
Hiperatividade	4,67 (2,09)	4,33 (2,10)	3,98 (2,33)	3,07*	0,01
Problemas relacionamento pares	1,95 (1,74)	1,76 (1,41)	1,57 (1,63)	1,90	
Comportamento pró-social	7,98 (1,75)	8,41 (1,62)	8,14 (1,79)	2,29	
QCD Total	11,52 (4,78)	10,74 (4,77)	9,58 (4,73)	5,14**	0,02

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Não observámos diferenças entre as famílias imigrantes e não imigrantes exceto nos problemas emocionais em que as crianças filhas de imigrantes pontuaram mais alto (Tabela 19).

Tabela 19. Capacidades e dificuldades das crianças nas famílias imigrantes e não imigrantes

	<i>Famílias Imigrantes M (DP)</i>	<i>Famílias Não Imigrantes M (DP)</i>	F	η^2
Sintomas emocionais	2,67 (1,74)	2,05 (1,66)	8,58**	0,02
Problemas de comportamento	2,36 (1,83)	2,54 (1,63)	0,70	-
Hiperatividade	4,01 (2,10)	4,34 (2,21)	1,42	-
Problemas relacionamento pares	1,74 (1,59)	1,77 (1,59)	0,03	-
Comportamento pró-social	8,49 (1,58)	8,09 (1,79)	3,10	-
QCD Total	10,42 (4,65)	10,60 (4,87)	0,07	-

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Discussão

A partir da análise dos dados recolhidos, identificámos as características sociodemográficas dos participantes, os hábitos de saúde das crianças no que respeita à vigilância de saúde, alimentação, sono, atividade física e tempo de ecrã. Para além disso, levámos a prova estatística as relações estabelecidas entre as variáveis sociodemográficas e o apoio social, os estilos e práticas parentais e o ajustamento psicossocial. Discutiremos agora os principais resultados obtidos comparando-os com outros estudos realizados a nível nacional e internacional.

Características sociodemográficas

As famílias estudadas em média eram compostas por três a quatro pessoas e tinham dois filhos menores de 18 anos. Quanto ao estado civil, a maioria estava casada ou em união de facto, 12% separados ou divorciados e 9% solteiros. A grande maioria das famílias era biparental (86%) e nuclear (95%). Estes dados são similares à estrutura familiar no Algarve em que 13,4% das famílias são monoparentais (INE, 2012), uma percentagem claramente superior à nacional (9%) (PORDATA, 2016).

O nível de estudos das mães era médio-alto, 36% tinha estudos universitários e 41% tinha completado o secundário. Quanto aos pais, o seu nível de estudos era médio e mais baixo do que o das mães. É de referir que tanto as mães como os pais do presente estudo apresentam resultados superiores aos da população nacional já que em 2015, apenas 25% tinham completado o secundário e apenas 21% tinha ensino universitário (PORDATA, 2016). Por isso podemos afirmar que no presente estudo estão infra-representados os pais com níveis de estudos mais baixos.

A maioria dos participantes ocupava profissões com baixa e média qualificação e as mães tinham profissões mais qualificadas do que os pais. No nosso estudo 11% das mães e 6% dos pais estavam desempregados. Estes resultados são inferiores às taxas de desemprego nacionais e regionais, pois em 2015 a taxa de desemprego em Portugal era de 12,4 e 12,5 no Algarve (PORDATA, 2016). Novamente, estes dados sugerem que existe uma infra-representação dos pais desempregados na amostra. É de referir que em 3% das famílias ambos os pais estavam desempregados.

Um sexto das famílias vivia abaixo do limiar de pobreza, das quais 11% vivam em pobreza moderada, 4% em pobreza grave e 2% em pobreza extrema. Cabe referir que 40% dos participantes não mencionaram os seus rendimentos familiares pelo que não foi possível calcular o seu índice de pobreza. Uma proporção superior de famílias monoparentais e de pais divorciados, separados ou solteiros vivia abaixo do limiar de pobreza. Estes resultados sugerem a necessidade de políticas sociais dirigidas a estas famílias mais vulneráveis. Será necessário também que, em futuros estudos, a amostra seja mais representativa das condições socioeconómicas reais do conselho de Albufeira.

Saúde e hábitos de vida das crianças

Saúde percebida

Ter filhos saudáveis, é uma das grandes preocupações dos pais. Em primeiro lugar, é de salientar que 99,9% das crianças tinha as vacinas em dia, o que nos dá uma elevada cobertura de grupo para as doenças infeto-contagiosas cuja prevenção faz parte do Plano Nacional de Vacinação. É também de salientar a preocupação dos pais com a boa saúde dos filhos, já que 98% vão às consultas de saúde infantil.

No nosso estudo, os pais consideravam a saúde dos seus filhos como Excelente (27%), Muito Boa (45%), Boa (27%) e Má (1%), sendo que nenhum progenitor referiu a saúde dos seus filhos como muito má. Podemos afirmar que, no total, 99% dos pais percecionam a saúde dos seus filhos como pelo menos Boa. Esta percentagem é superior à encontrada no estudo realizado em Portugal em 2014 pelo observatório da OMS Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), por Matos et al. (2015) com pré-adolescentes e adolescentes em que a perceção dos inquiridos no que respeita à sua saúde era Excelente para 37,4%, boa para 49,5%, razoável para 12,1% e má para 0,9%.

Alimentação

No que respeita aos hábitos de vida quotidiana das crianças, os pais foram inquiridos quanto à alimentação que proporcionavam aos seus filhos. Uma alimentação adequada, variada (com todos os grupos que constam da roda dos alimentos) e equilibrada (em quantidade e qualidade) contribui para uma boa saúde e um crescimento harmonioso.

Apesar de 99% das crianças do nosso estudo tomarem o pequeno-almoço em casa, é de referir que 14% delas não toma leite ou iogurte ao pequeno-almoço. No entanto, estes dados

apresentam resultados mais adequados às recomendações da DGS para uma boa alimentação que os revelados no estudo do HBSC com pré-adolescentes e adolescentes realizado por Matos et al. (2015), em que 10,3% dos participantes refere só tomar pequeno-almoço às vezes e 4,9% nunca toma o pequeno-almoço.

No nosso estudo, 4% das crianças nunca comem sopa nem fruta e 8% apenas comem uma peça de fruta por dia, o que, apesar de não ser o ideal, se revela qualitativamente melhor que os resultados encontrados por Matos et al. (2015) em que 40,5% dos inquiridos refere consumir fruta apenas uma vez por dia, 50,5%, uma vez por semana e 9% raramente ou nunca.

Uma percentagem significativa das crianças acompanha as refeições com refrigerantes (24,5%) ou com sumos de garrafa (24,9%), que são desaconselhados pelo alto teor de açúcar e é referido que 6% das crianças não consome água. Estes resultados são piores que os encontrados por Matos et al. (2015) onde o consumo de refrigerantes uma vez por dia é apenas referido por 17,9% dos inquiridos.

Estes resultados, apesar de demonstrarem uma preocupação com a utilização de hábitos saudáveis no que respeita à alimentação, sugerem a necessidade de se continuar a desenvolver sessões de educação para a saúde para colmatar os défices que ainda existem, nomeadamente os relacionados com a ingestão de bebidas doces às refeições.

Sono

O sono em quantidade e qualidade de horas é fundamental para uma boa saúde, já que a falta de horas de sono perturba o bom humor e a capacidade de raciocínio, aumentando a fadiga e a disponibilidade para o convívio e aprendizagens sociais. No nosso estudo encontramos que a média de horas que as crianças dormem é de 10,28 horas por dia, o que vai ao encontro das necessidades para a idade. Contudo, há uma minoria de crianças que dormem apenas 8h, o que é pouco em quantidade, já que o número adequado de horas de sono até aos 10 anos de idade é no mínimo de 10 horas de sono, sendo preconizado que as práticas de sono para crianças entre os 3 e os 5 anos de idade devam ser cerca de 12 horas por dia (DGS, 2015).

No estudo do HBSC (Matos et al., 2015) é referido que, quanto aos hábitos de sono, 28,8% dos inquiridos refere dormir menos de 8 horas, 36,1% dorme 8 horas e 35,1% refere dormir mais de 8 horas, parecendo que na adolescência se mantém o hábito de dormir pouco.

Ainda no que se refere aos hábitos de sono, 63% das crianças dorme sozinha no seu quarto mas 38% têm TV no quarto. A utilização de televisão para adormecer não é um hábito saudável, na medida em que pode funcionar como um excitante, dificultando o início do sono, para além de outros problemas para a saúde já mencionados na introdução.

Apesar de os resultados encontrados no nosso estudo serem quase totalmente adequados para as necessidades das crianças, a continuação de implementação de educação para a saúde aos pais nesta área será benéfico.

Atividade física

Quanto à prática de atividade física, no nosso estudo, a maioria dos pais (97%) referem que as suas crianças têm brincadeiras que incluem atividade física como saltar, correr ou jogar à bola. No entanto, apenas metade das crianças praticam desporto, sendo a média de 2,69 horas por semana. O estudo do HBSC (Matos et al., 2015) evidencia que 15,6% dos inquiridos pratica atividade física todos os dias, 51% mais de 3 vezes por semana, 29,5% menos de 3 vezes por semana e 3,8% nunca pratica atividade física, o que sugere que a prática de desporto na infância e adolescência não é muito frequente.

A DGS (2015) preconiza como adequado a prática de pelo menos 60 minutos por dia de atividade física diária moderada a rigorosa para crianças e jovens entre os 5 e os 17 anos. Tendo em conta os benefícios que decorrem da prática de atividade física, será importante que as nossas crianças tenham como hábito regular a prática de atividade física. Para que tal aconteça, será importante a criação de iniciativas que ocupem pais e filhos e que estabeleçam pontes para a manutenção da sua prática.

Horas de exposição TV e Meios de comunicação

Os meios de comunicação, desde os mais tradicionais, como a TV, às «novas tecnologias» como os telemóveis, iPads, redes sociais, etc., são hoje uma força dominante na vida das crianças e adolescentes e é neles que as crianças e os adolescentes ocupam mais tempo enquanto estão acordados.

Observámos que, de um modo geral, as crianças despendem um menor número de horas em exposição de ecrã em tempo de aulas e maior em tempo de férias e fins de semana, sendo que a média de exposição ao ecrã é de 2,42 horas nos dias de semana e de 3,57 horas aos fins de semana e férias. No entanto, 12% das crianças entre os 8 e os 10 anos, 13% das crianças

entre os 5 e os 7 anos e 9% das crianças entre os 2 e os 4 anos apresentam mais de 4 horas de exposição ao ecrã. A exposição ao ecrã foi também estudada no HBSC (Matos et al., 2015), sendo que a utilização destes meios de comunicação também são mais utilizados aos fins de semana, sendo que 46,9% dos inquiridos utiliza as novas tecnologias por mais de 4 horas aos fins de semana e 31,1% utiliza o computador durante mais de 4 horas.

Outro dado importante e preocupante do nosso estudo é que 38% das crianças têm televisão no quarto, o que vai ao encontro a outros estudos que referem que 30% das crianças em idade pré-escolar e 75% dos adolescentes norte-americanos têm televisão no quarto (Roberts, Rideout & Foehr, 2010).

A Associação Americana de Pediatria (2009) tem expressado a sua preocupação sobre a quantidade de tempo que as crianças e adolescentes gastam nestas atividades e sobre os conteúdos que veem. Em vários relatórios tem alertado sobre os problemas de saúde e os riscos que a exposição à violência, ao sexo e ao uso de drogas representam para as crianças e adolescentes. Apesar disto, muitos pais estabelecem poucas regras sobre o uso destes meios pelos seus filhos. Deste modo, consideramos imperioso que sejam desenvolvidas estratégias junto dos pais e comunidade para que sejam oferecidas às crianças alternativas ao uso dos novos meios de comunicação, transformando os tempos de utilização destes em tempos de atividades ao ar livre, leitura e de convívio com a família e amigos.

Apoio social percebido pelos pais

O apoio social percebido tem sido uma variável amplamente estudada, devido aos seus efeitos diretos e indiretos na redução do impacto negativo de vários fatores de risco sobre o bem-estar físico e psicológico das famílias e das crianças (Nunes, Lemos, Ayala-Nunes & Costa, 2013; Ayala-Nunes, Nunes & Lemos, 2016).

Os resultados do nosso estudo sugerem que em média as famílias têm uma rede de apoio social composta por nove pessoas, com uma presença equilibrada de familiares e amigos. Estes resultados são similares aos de outros estudos que referem uma rede de apoio social média de oito pessoas (Arranz, Oliva, Olabarrieta & Antolín, 2010) e algo superiores a estudos realizados no Algarve com famílias em risco psicossocial, em que se observava uma rede social composta em media por sete pessoas (Nunes & Ayala-Nunes, 2015).

Os pais referem níveis médios-altos de apoio informativo e emocional, mas mais moderados de apoio tangível. No entanto observámos que algumas famílias vivem mais isoladas

socialmente e referem receber menos apoio do que necessitam. As famílias monoparentais, os pais divorciados ou solteiros e as famílias de imigrantes referem uma rede de apoio mais pequena, sobretudo no número de familiares e recebem menos apoio tangível e informativo do que as outras famílias. As famílias monoparentais também referem receber menos apoio emocional do que as biparentais.

Estilos e práticas parentais

Tal como em estudos anteriores realizados com famílias portuguesas, observámos que o estilo mais utilizado era o firme e que as mães utilizavam mais frequentemente o estilo firme do que os pais (Pedro, Carapito & Ribeiro, 2015). Quanto às práticas educativas, cabe referir que os pais utilizam mais práticas educativas positivas do que negativas. As mais utilizadas são o afeto, apoio às crianças e a regulação do comportamento infantil através da indução e raciocínio. As menos utilizadas a coerção física e a hostilidade verbal.

Não dispomos de dados sobre as práticas educativas na população portuguesa, pois os estudos realizados centram-se mais nos estilos do que nas práticas (Pedro et al, 2015) ou no estudo das características psicométricas e estrutura do questionário (Miguel et al., 2009). No entanto, outros estudos mostram que os pais e mães portugueses são muito afetuosos e dão apoio emocional aos filhos (Nunes, Bodden, Lemos, Lorence & Jiménez, 2014; Nunes, Luís, Lemos, & Musitu, 2015; Pereira, Canavarro, Cardoso & Mendonça, 2009).

Estes resultados são positivos pois as práticas parentais influenciam o bem-estar das crianças e adolescentes. Controle psicológico, severidade e indiferença parental têm sido associados com desajustamento psicossocial (Dwairy & Achoui, 2010; Nunes et al, 2014). Em contraste, a supervisão, o carinho e apoio emocional, características da parentalidade positiva, tendem a promover um desenvolvimento ajustado (Grolnick & Pomerantz, 2009).

Observámos que as famílias em que as mães têm maior nível de estudos utilizavam mais frequentemente o estilo firme, caracterizando-se as suas práticas por um uso mais frequente de afeto e apoio emocional, práticas indutivas e o raciocínio. Nas famílias em que as mães tinham um nível de estudos mais baixo era mais frequente o estilo autoritário e a punição. Estes resultados são consistentes com estudos anteriores que mostram as práticas educativas variam de acordo com o nível de estudos dos pais (Hoff, Laursen & Tardif, 2002), e apontam para a necessidade de fomentar uma parentalidade positiva junto dos pais com menor nível de estudos.

Ajustamento psicossocial

Os pais referem mais capacidades do que dificuldades nos filhos. Comparando com os valores médios obtidos num estudo nacional (Abreu-Lima, et al., 2010) observamos que os valores médios no nosso estudo são inferiores em todas as dimensões, exceto em comportamentos pró-sociais, em que são ligeiramente superiores.

Dentro das dificuldades referidas, a que obteve pontuação mais elevada foi a de hiperatividade. Os pais referiram mais problemas de comportamento nos rapazes e mais comportamentos pró-sociais nas raparigas, embora o tamanho desta diferença fosse pequeno. Estas diferenças são consistentes com a literatura. São diversos os estudos que mostram que os problemas de externalização (problemas de comportamento, agressividade ou conduta antissocial) são mais frequentes nos rapazes (Bandeira, Rocha, Souza, Del Prette & Del Prette, 2006; Bongers, Koot, Van der Ende, & Verhulst, 2003) e que as raparigas apresentam melhores pontuações em comportamentos pró-sociais (Dias, Cadille & Del Castillo, 2015).

As famílias pobres referem mais problemas de comportamento e desajustamento psicossocial dos filhos. Estes resultados são congruentes com os de estudos anteriores que mostram que as crianças pobres têm mais problemas de ajustamento sobretudo relacionados com problemas de comportamento na escola, dificuldades nas relações com os pares e pior autoestima (Bolger, Patterson, Thompson & Kupersmidt, 1995; Duncan & Brooks-Gunn, 2000; Duncan, Brooks-Gunn & Klebanov, 1994; Schoon, Cheng, Jones & Maughan, 2013).

Tal como noutros estudos os filhos de família biparentais e intactas obtiveram pontuações mais baixas em problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os pares e QCD total, com um tamanho de efeito pequeno (Amato & Keith, 1991; Schoon et al., 2013). Os filhos de mães imigrantes pontuaram mais alto em sintomas emocionais.

Os filhos de mães com estudos universitários pontuam mais baixo em sintomas emocionais do que os que tem pais com estudos secundários ou primários. Os que têm estudos universitários pontuam mais baixo do que os com estudos primários em hiperatividade e QCD total. Estes resultados são semelhantes aos de outros estudos que mostram que o nível educativo dos pais é um preditor importante do bem-estar e ajustamento infantil (Bradshaw & Holmes, 2010; Schoon et al., 2013).

Conclusões e recomendações

Com esta investigação pretendíamos obter conhecimento empírico relevante para a identificação dos principais fatores de risco e protetores que possam contribuir para o desenvolvimento de políticas sociais de apoio às famílias.

Podemos considerar que, de um modo geral, as crianças do Concelho de Albufeira apresentam bons níveis de vigilância, hábitos e saúde percebida e de ajustamento psicossocial. É de realçar a excelente taxa de vacinação e a ida às consultas de saúde infantil, que é uma mais-valia na promoção da sua saúde. As famílias em média percebem-se com níveis razoáveis de apoio social e as suas práticas educativas caracterizam-se por um elevado nível de afeto e carinho às crianças.

No que respeita à educação e promoção da saúde (alimentação, TV, higiene sono....), apesar de encontrarmos indicadores positivos, sentimos que existe a necessidade de continuar a trabalhar com as famílias a educação para a aquisição e manutenção de bons hábitos de saúde em atividades formativas grupais. Estas sessões deveriam fomentar: uma alimentação adequada e uma vida equilibrada entre horas de sono e repouso, escola, lazer e atividade física.

No entanto existem grupos mais vulneráveis sobretudo as famílias monoparentais, de imigrantes e com os pais solteiros, separados ou divorciados, cujos indicadores de bem-estar não são tão positivos e que merecem maior atenção dos serviços sociais, educativos e de saúde.

A análise e discussão dos resultados aponta para a necessidade de desenvolver programas de apoio e formação parental, de carácter universal, mas também seletivos, destinados muito especialmente a famílias vulneráveis que fomentem a parentalidade positiva e o aumento da rede de apoio social informal.

É de referir que o presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, o nível de estudos, estatuto e qualificação laboral dos participantes é superior à que seria de esperar tendo em conta as características sociodemográficas da população portuguesa e do Algarve. Por outro lado muitos questionários foram invalidados por estar mal preenchidos ou incompletos podendo isto contribuir para um viés dos resultados. De facto, observámos que na amostra existe uma infra-representação de pais desempregados e com baixo nível de estudos.

Isto constitui uma limitação importante que poderia futuramente ser subsanada com uma estratégia de seleção ativa para melhor representação dos grupos mais vulneráveis.

Outra limitação, que se prende ainda com problemas na aplicação dos questionários, refere-se à existência de muitos dados perdidos sobre rendimentos familiares, o que impossibilitou calcular o nível de pobreza para uma proporção importante dos participantes.

Sugerimos futuramente a realização de um estudo com famílias mais vulneráveis economicamente ou em risco psicossocial e com filhos adolescentes para avaliar as suas necessidades e poder traçar um retrato mais representativo das famílias de Albufeira.

As principais recomendações que decorrem deste estudo para promover o bem-estar, saúde e qualidade de vida das crianças e suas famílias em Albufeira são:

1) Fomentar uma alimentação adequada

É necessário promover uma alimentação variada e equilibrada no que respeita a quantidade e qualidade dos alimentos. Por exemplo, diminuição do consumo de açúcares e incremento do consumo de frutas e vegetais; utilização preferencial de água diariamente e em todas as refeições, em detrimento de outras bebidas; consumo de sopa às duas refeições principais. Utilização de alimentos cozidos e grelhados, em detrimento dos fritos. Número de refeições diárias entre as 5 e as 6.

As famílias mais vulneráveis economicamente podem necessitar de um apoio efetivo de alimentos para poder colocar em prática as aprendizagens que tiverem nas sessões de educação para a saúde.

2) Fomentar uma vida equilibrada entre horas de sono e repouso, escola, lazer e atividade física

Sabemos o quão importante são as horas de sono efetivas, sem sobressaltos nem interrupções. Consignadas pela DGS (2015) estão 12 horas de sono para as crianças entre os 3 e os 5 anos e dos 5 até aos 10 anos, 10 horas de sono. Deste modo, deveríamos conseguir um aumento do número de horas de sono para algumas crianças.

A atividade física como prática diária recomendada (60 minutos por dia para crianças e jovens entre os 5 os 17 anos, DGS, 2015) tendo em conta os benefícios da atividade física para

a saúde, deve fazer parte de um plano para as cidades saudáveis. Sugerir a troca de uma hora de sofá, por uma hora de passeio ao ar livre e promovê-lo em grupo.

Verificámos ainda que a média de horas das crianças na escola é de 8,26 horas mas que há crianças que ficam 11 horas na escola. A autarquia deve tentar perceber nestes casos, porque há crianças que ficam tantas horas na escola e providenciar maior apoio aos pais para que possam ir buscar os seus filhos.

3) Diminuir a exposição das crianças à TV e dispositivos eletrónicos

Em relação ao uso da TV e dispositivos eletrónicos, deveria ser feito um grande esforço, para diminuir a exposição das crianças ao ecrã. As principais recomendações que devem ser dadas aos pais para reduzir os efeitos negativos do uso dos meios de comunicação nos seus filhos são (Strasburger et al., 2013):

- Limitar o tempo de exposição ao ecrã a menos de 1-2h por dia.
- Evitar a exposição ao ecrã às crianças menores de dois anos.
- Manter a TV e todos os dispositivos eletrónicos ligados à internet fora do quarto dos filhos.
- Controlar o uso e o acesso dos filhos aos meios de comunicação, incluindo as páginas *Web* e as redes sociais.
- Ver em conjunto a TV, filmes e vídeos aproveitando para comunicar e discutir os valores importantes para a família.
- Fazer um plano familiar para o uso dos meios de comunicação, reforçando horários fixos em que não se usem as tecnologias (durantes as refeições e depois da hora de deitar). Estabelecer regras razoáveis mas firmes sobre o uso do telemóvel, *chats*, Internet e redes sociais.

4) Fomentar a parentalidade positiva e o apoio social informal das famílias

As famílias monoparentais, os pais divorciados ou solteiros e as famílias de imigrantes encontram-se numa situação mais vulnerável. Têm uma rede de apoio social mais pequena, sobretudo no número de familiares e recebem menos apoio tangível e informativo do que as outras famílias.

Seria muito benéfico para as famílias de Albufeira, sobretudo as que se encontram numa situação mais vulnerável frequentar programas de formação e apoio parental dirigidos a promover a parentalidade positiva.

A parentalidade positiva refere-se a um conjunto de comportamentos parentais que procuram o bem-estar das crianças e o seu desenvolvimento integral desde uma perspetiva de cuidado, afeto, proteção, enriquecimento e segurança pessoal, de não-violência, que proporciona reconhecimento pessoal e a orientação necessária para possibilitar o seu pleno desenvolvimento (Rodrigo, 2015).

Estes programas deveriam por um lado fomentar uma parentalidade positiva, aumentar as competências parentais, melhorar a interação entre pais e filhos e reduzir o stress parental; e por outro, possibilitar a criação de uma rede de apoio informal mais ampla, sólida e funcional.

Estas medidas iriam ao encontro a várias recomendações internacionais, tais como a Recomendação 12 e a 19 do Conselho da Europa, sobre política de apoio à parentalidade positiva (Committee of Ministers of the Council of Europe, 2006; 2011), que apela a que os Estados membros criem e apoiem ativamente serviços de proteção da criança e da família.

Referências bibliográficas

- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M., & Santos, M. (2010). *Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007-2010*. Retirado http://www.cnpqjr.pt/preview_documentos.asp.
- Achenbach, T. M. (1995). Empirically based assessment and taxonomy: Applications to clinical research. *Psychological assessment, 7*, 261.
- Amato, P. R., & Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: a meta-analysis. *Psychological bulletin, 110*, 26-46.
- American Academy of Pediatrics. (2009). Policy Statement - Media Violence. *Pediatrics, 124*, 1495-1503.
- Armstrong, M. I., Birnie-Lefcovitch, S., & Ungar, M. T. (2005). Pathways between social support, family well being, quality of parenting, and child resilience: What we know. *Journal of Child and Family Studies, 14*, 269-281.
- Ayala-Nunes, L., Nunes, C., & Lemos, I. (2016). Social support and parenting stress in at-risk Portuguese families. *Journal of Social Work*. Publicado online a 31 de março. DOI: 10.1177/1468017316640200
- Arranz, E., Oliva, A., Olabarrieta, F., & Antolín, L. (2010). Análisis comparativo de las nuevas estructuras familiares como contextos potenciadores del desarrollo psicológico infantil. *Infancia y Aprendizaje, 33*, 503-513.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology, 14*, 413-445.
- Bandeira, M., Rocha, S. S., Souza, T. D., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2006). Comportamentos problemáticos em estudantes do ensino fundamental: características da ocorrência e relação com habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. *Estudos de Psicologia, 11*(2), 199-208.
- Baumrind, D. (1975). Early socialization and adolescent competence. In S. E. Dragastin & G. H. Helder (Eds.), *Adolescence in the life cycle*. Washington: Hemisphere.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development, 55*, 83-96.
- Benzies, K., & Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: a review of the key protective factors. *Child and Family Social Work, 14*, 103-114.
- Bolger, K. E., Patterson, C. J., Thompson, W. W., & Kupersmidt, J. B. (1995). Psychosocial adjustment among children experiencing persistent and intermittent family economic hardship. *Child Development, 66*, 1107-1129.
- Bongers, I. L., Koot, H. M., Van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(2), 179-192.
- Bradshaw, J., & Holmes, J. (2010). Child poverty in the first five years of life. Children of the 21st century: the first five years. *The UK Millennium Cohort Series, 2*, 13-31.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., DeGruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care, 26*(7), 709-23.
- Buckner, J.C. (1988): The development of an instrument to measure neighborhood cohesion. *American Journal of Community Psychology, 16*, 771-791.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357.
- Committee of Ministers of the Council of Europe (2006). Recommendation 19. Retrieved from <https://wcd.coe.int/View-Doc.jsp?id=1073507>
- Committee of Ministers of the Council of Europe (2011). Recommendation 12. Retrieved from <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1872121>
- Direção Geral de Saúde (DGS) (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Ministério da Saúde. Portugal.
- Direção Geral de Saúde (DGS) (2007). *Saúde Escolar*. Lisboa: DGS.
- Dias, P. C., Cadime, I., & del Castillo, J. A. G. (2015). Relação entre pares e género: Contributos da adaptação do Peer Relations Questionnaire entre adolescentes portugueses. *Revista Ibero-americana de Educação, 68*, 151-168.
- Duncan, G. J., & Brooks-Gunn, J. (2000). Family poverty, welfare reform, and child development. *Child development, 71*, 188-196.
- Duncan, G. J., Brooks-Gunn, J. & Klebanov, P. K. (1994). Economic deprivation and early childhood development. *Child Development, 65*, 296-318.
- Dwairy, M. & Achoui, M. (2010). Adolescents-family connectedness: A first cross-cultural research on parenting and psychological adjustment of children. *Journal of Child and Family Studies, 19*, 8-15.
- Fleitlich, B., Loureiro, M. J., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2004). Questionário do SDQ, versão traduzida e adaptada para a população portuguesa. Retirado de <http://www.sdqinfo.com/d23ahtml>
- Frazer, H., & Marlier, E. (2014). Investing in children: Breaking the cycle of disadvantage. A study of

- national policies. European Network of Independent Experts on Social Inclusion (2014/02).
- Garaigordobil, M., & Aliri, J. (2012). Parental socialization styles, parents' educational level, and sexist attitudes in adolescence. *The Spanish Journal of Psychology, 15*, 592-603.
- García, F., & Gracia, E. (2014). The indulgent parenting style and developmental outcomes in South European and Latin American countries. In H. Selin (Ed.), *Parenting across cultures: childrearing, motherhood and fatherhood in Non-Western cultures* (vol. 7, pp. 419-434). Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Goodman, R. (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 581-586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1337-1345.
- Grolnick, W. & Pomerantz, E. (2009). Issues and challenges in studying parental control: Toward a new conceptualization. *Child Development Perspectives, 3*(3), 165-170.
- Hockenberry, M.J. & Winkelstein, M.L. (2011). *Wong fundamentos de enfermagem* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Hoff, E., Laursen, B. & Tardif, T. (2002). Socioeconomic status and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 2. Biology and ecology of parenting*, (2a. ed., pp. 231-252). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hughes, E. K., & Gullone, E. (2008). Internalizing symptoms and disorders in families of adolescents: A review of family systems literature. *Clinical psychology review, 28*, 92-117.
- INE (2012). *Censos 2011 resultados definitivos-Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Jennings, K. D., Stagg, V., & Connors, R. E. (1991). Social networks and mothers' interactions with their preschool children. *Child Development, 62*, 966-978.
- Kang, J. (2012). Pathways from social support to service use among caregivers at risk of child maltreatment. *Children and Youth Services Review, 34*, 933 – 939.
- Lever, J., & Martínez, Y. (2007). Pobreza y apoyo social: Un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Revista Interamericana de Psicología, 41* (2), 177-188.
- Matos, F.A. (2012). *Resiliência, violência entre pares, cultura organizacional da família e desempenho escolar: um estudo com alunos do 2º e 3º ciclos do Concelho de Faro*. Tese de Doutoramento em Psicologia, (trabalho não publicado), Universidade do Algarve, Faro.
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M & Equipa Uma Aventura Social (2015) *A saúde nos adolescentes portugueses em tempo de recessão – dados nacionais do estudo HBSC 2014*. Lisboa.
- Melson, G. F., Ladd, G. W., & Hsu, H. C. (1993). Maternal support networks, maternal cognitions, and young children's social and cognitive development. *Child Development, 64*, 1401-1417.
- Miguel, I. Valentim, J.P., & Carugati, F. (2009). Questionário de Estilos e Dimensões Parentais – Versão Reduzida: Adaptação portuguesa do Parenting Styles and Dimensions Questionnaire – Short Form. *Psychologica, 51*, 169-188.
- Nunes, C., & Ayala-Nunes, L. (2015). Famílias em risco psicossocial: desafios para a avaliação e intervenção. *Psicologia da Criança e do Adolescente, 6*, 95-107.
- Nunes, C., Bodden, D.H.M., Lemos, I., Lorence, B. & Jiménez, L. (2014). Parenting practices and quality of life in Dutch and Portuguese adolescents: A cross-cultural study. *Journal of Psychodidactics, 19*, 327-346.
- Nunes, C., Lemos, I., Ayala Nunes, L., & Costa, D. (2013). Acontecimentos de vida stressantes e apoio social em famílias em risco psicossocial. *Psicologia, Saúde & Doenças, 14*, 313-320.
- Nunes, C., Luís, K., Lemos, I., & Musitu, G. (2015). Características psicométricas da versão portuguesa da escala de socialização parental na adolescência ESPA-29. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica, 28*, 253-260.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010). Relatório mundial de saúde 2012: financiamento dos sistemas de saúde. Acedido em www.oms.pt
- Palacios, J., Moreno, M. C., & Hidalgo, M. V. (1998). Ideologías familiares sobre el desarrollo y la educación infantil. In M. J. Rodrigo, & J. Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 181-200). Madrid: Alianza Editorial.
- Pedro, M. F., Carapito, E., & Ribeiro, T. (2015). Parenting Styles and Dimensions Questionnaire-the portuguese self-report version. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 28*, 302-312
- Pereira, A., Canavarro, C., Cardoso, M.F. & Mendonça, D. (2009). Patterns of parental rearing styles and child behaviour problems among Portuguese school-aged children. *Journal of Child and Family Studies, 18*, 454-464.
- PORDATA (2016). Base de dados de Portugal contemporâneo. Acedido a 13 de setembro em <http://pordata.pt>.
- Roberts, D. F., Rideout, V. J., & Foehr, U. G. (2010). *Generation M2: Media in the lives of 8-to 18-year-olds*. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Robinson, C. C., Mandleco, B., Olsen, S., F., & Hart, C. H. (1995). Authoritative, authoritarian, and

- permissive parenting practices: Development of a new measure. *Psychological Reports*, 77, 819–830.
- Robinson, C. C, Mandleco, B., Olsen, S. F., & Hart, C. H. (2001). The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ). In B. F. Perlmutter, J. Touliatos & G. W. Holden (Eds.), *Handbook of family measurement techniques* (Vol. 3, pp. 319-321). Thousand Oaks: Sage.
- Rodrigo, M.J. (Coord.) (2015). *Manual práctico de parentalidad positiva*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Sheehan, M. J., & Watson, M. W. (2008). Reciprocal influences between maternal discipline techniques and aggression in children and adolescents. *Aggressive Behavior*, 34(3), 245-255.
- Schoon, I., Cheng, H., Jones, E., & Maughan, B. (2013). *Wellbeing of children: Early influences*. London: Institute of Education.
- Smetana, J.G. (2011). *Parenting styles and practices. Adolescents, families and social development: How teens construct their worlds* (pp. 193-205). Wiley-Blackwell: United Kingdom.
- Strasburger, V. C., Hogan, M. J., Mulligan, D. A., Ameenuddin, N., Christakis, D. A., Cross, C., ... & Swanson, W. S. L. (2013). Children, adolescents, and the media. *Pediatrics*, 132, 958-961.
- UNICEF Office of Research (2013). *Child well-being in rich countries: A comparative overview*. Innocenti Report Card 11. Florence: UNICEF.
- Wenar, C., & Kerig, P. (2000). *Developmental psychopathology: From infancy through adolescence*. Boston, Mass: McGraw Hill.