

Estratégias de coping no exercício da parentalidade e a sua relação com os factores sociodemográficos

*Autores: Lopes, M. Saudade O. C.¹
Catarino, Helena²
Dixe, M. Anjos²*

1. Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e
Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa
Bolsista da Fundação da Ciência e Tecnologia
2. Professoras Coordenadoras na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Leiria, Abril de 2010

Contactos:

Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

E-mail: saudade.lopes@ipleiria.pt

Resumo:

No desenvolvimento do papel parental as respostas às situações difíceis e indutoras de stress integram características pessoais e ambientais.

Objetivo: Identificar estratégias de coping no exercício da parentalidade e se diferem em função de variáveis sociodemográficas.

Método: Estudo correlacional com uma amostra acidental de 75 cuidadores de crianças até 3 anos de idade. A informação, recolhida por questionário, foi agrupada em estratégias focalizadas no problema, na emoção e procura de suporte.

Resultados: Foram referidas 136 acções por 72 cuidadores; 41 recorreram a apoio (profissionais de saúde e familiar); 25 adoptaram estratégias focalizadas no problema e 20 adoptaram estratégias focalizadas na emoção (autocontrolo e o dar tempo para a resolução).

Pais de filho único adoptam mais estratégias de procura de suporte ($U=499,000$; $p=0,017$). Residentes na cidade adoptam menos a estratégia de procura de suporte dos que vivem na vila e na aldeia ($X^2=6,140$; $p=0,046$). Pais empregados procuram mais suporte ($U=292,500$; $p=0,044$) e tendem a ter mais estratégias focalizadas na emoção ($U=329,00$; $p=0,086$). Nas situações ocorridas a partir dos 12 meses da criança há mais procura de suporte ($X^2=5,773$; $p=0,056$).

Conclusões: Os profissionais são um recurso de coping para os pais. Há necessidade de preparar os pais e família para um coping proactivo.

Palavras chave: *Stress na parentalidade, estratégias de coping, pais, crianças com idade inferior a 3 anos e factores sócio-demográficos*

Abstract

Aim: The purpose of this study was to identify coping strategies in the exercise of parenting and see if they differ according to demographic variables.

Method: In this correlational study with a convenience sample, 75 parents of children under 3 years old completed a questionnaire. The data was grouped into three strategies types: problem-focused, emotion-focused and seeking social support.

Results: One hundred thirty six strategies were identified as used by 75 parents. Forty one of them looked for social support (health professionals and family); 25 adopted problem-focused strategies and 20 adopted emotion-focused strategies (“self-monitoring” and “to give time to resolve”).

Single child’s parents looked for more social support ($U = 499,000$; $p = 0,017$). Who live in the city take over less the seeking social support ($X^2 = 6,140$, $p = 0,046$). Employee parents looked more social support ($U = 292,50$, $p = 0,044$) and them tend to have more emotion-focused strategies ($U = 329,00$, $p = 0,086$). After 12 months of the child age the parents looked more support ($X^2 = 5,773$; $p = 0,056$).

Conclusions: Professionals are a coping resource for parents. There is need to prepare parents and family for a proactive coping.

Key Words: *Parenting stress, coping strategies, parents, children under 3 years and socio-demographic factors*

Introdução

A Convenção sobre os Direitos da Criança, adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990, reafirma o facto de as crianças, devido à sua vulnerabilidade, necessitarem de protecção e de atenção especiais. Atribui aos pais a principal responsabilidade de educar a criança e ao Estado a responsabilidade em ajudar os pais a exercer esta responsabilidade (Organização das Nações Unidas, 1989).

Pecnik (2008) considera que o tratamento positivo de crianças dos 0 aos 3 anos envolve activa e compreensiva integração de quatro processos pelos pais:

- Realidade e autenticidade
- Sensibilidade para identificarem e interpretarem os sinais da criança e lhe responderem rapidamente e apropriadamente.
- Sincronia de comportamentos
- Qualidade das trocas afectivas nas interacções entre pais e crianças:
 - Expressões emocionais claramente direccionadas para a criança e adaptadas ao seu comportamento.
 - Expressar alegria na resposta dirigida à criança.
 - Demonstrar afectividade e atitude positiva para a criança através de carícias, abraços, beijos e tom de voz e palavras que indiquem ternura.
 - Atitudes afectivas protectoras tais como consolo em resposta às lágrimas, protecção em vez de estímulos de indução de ansiedade e controlo de receios, enquanto se evitam atitudes punitivas violentas e reacções que implicam rejeição.

A integração destes quatro processos acrescenta complexidade ao exercício do papel parental, principalmente na resolução de situações de stress para os pais. Neste estudo as acções deliberadas pelos pais como resposta a estas situações difíceis são consideradas como estratégias de coping utilizadas.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem coping é um foco definido como uma atitude com características específicas: “Disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada individuo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto protectores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva”(International Council of Nurses, 2005, p.80)

Folkman e Lazarus (1980) propõem um modelo que divide o coping em duas categorias funcionais: coping focalizado no problema e coping focalizado na emoção. O coping focalizado na emoção é definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao stress com a função de reduzir a sensação física desagradável de um estado de stress. O coping focalizado no problema consiste num esforço para actuar na situação que deu origem ao stress, tentando mudá-la, com a função de alterar o problema existente. Neste coping está incluído a procura de suporte, mas, para muitos autores, esta estratégia pode ser separada, pois o apoio procurado pode ser instrumental ou emocional (Folkman & Moskowitz, 2004).

Nesta perspectiva, coping é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais utilizados pelos indivíduos com o objectivo de lidar com dificuldades específicas, internas ou externas, que surgem em situações de stress e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os seus recursos pessoais (Lazarus & Folkman, 1984).

Em situações avaliadas como modificáveis, o coping focalizado no problema tende a ser empregue, enquanto o coping focalizado na emoção tende a ser utilizado nas situações avaliáveis como inalteráveis (Folkman & Lazarus, 1980).

Folkman e Moskowitz (2004), propõem para preocupação e orientação futura um coping preventivo e proactivo antecipando a resolução da situação de stress. Deverão ser incluídas medidas educacionais com o objectivo de capacitar as pessoas para gerirem ou reduzirem o impacto das situações adversas e maximizar as oportunidades para o ganho com a experiência.

Estes ganhos, os recursos e a selecção das respostas são influenciados pelo contexto. Para Carver e Connor-Smith (2010) a idade, sexo, cultura e etnia afectam as relações entre personalidade e coping, em que as pessoas mais extrovertidas podem pedir mais apoio social. Isto também é partilhado por Folkman e Moskowitz (2004) que consideram que o coping não é um fenómeno isolado. Ele integra um complexo e dinâmico processo de interacção entre a pessoa e o ambiente o que implica que as estratégias de coping são acções deliberadas que podem ser aprendidas num processo transaccional e contínuo (Lazarus & Folkman, 1984).

Esta influência do contexto nos resultados e nas opções das estratégias utilizadas nas situações difíceis no exercício da parentalidade colocam a hipótese de haver diferenças de acordo com as variáveis sociodemográficas dos pais.

São poucos os estudos acessíveis que identifiquem esta situação. O stress no exercício da parentalidade e as estratégias para a sua resolução são estudados nas situações de extremo stress como as doenças crónicas e terminais. No entanto, existem muitas situações de dificuldade e de exigência para os pais que desempenham o papel parental sem outros processos transaccionais perturbadores, como nos demonstra Lopes, Dixe e Catarino (2010) num estudo em que 75% dos pais que compunham a amostra sentiam dificuldades no exercício da parentalidade com crianças até três anos de idade. Häggman-Laitila e Euramaa (2003) num estudo com famílias de crianças com menos de três anos onde foram identificadas várias situações problemáticas, sendo maiores nos casos de filho único e menores quando as mães tinham idades inferiores a 24 anos.

As estratégias de coping utilizadas pelos pais de crianças de idades compreendidas entre 8 e 18 anos foram identificadas num grupo de controlo de um estudo de Paster, Brandwein e Walsh (2009) para determinar as diferenças com as utilizadas pelos pais de crianças com perturbações do desenvolvimento. O questionário usado na colheita de dados era composto por oito tipos de estratégias de coping (decisão para a resolução do problema, procura de suporte social, confronto, distanciamento, autocontrolo, fuga, aceitação da responsabilidade e reavaliação positiva) para os pais identificarem as estratégias utilizadas num acontecimento difícil e recente que envolvesse a sua criança. Todas estas estratégias foram utilizadas pelos dois grupos de pais e, em todas elas, o grupo de pais de crianças com perturbações apresentaram médias mais altas de utilização, mas apenas em três dessas diferenças foram estatisticamente significativas – procura de suporte social, fuga e reavaliação positiva.

Smart e Hiscock (2007) num estudo com pais de crianças de 2 semanas a 7 meses e para responder aos problemas de comportamento, do sono e do choro da criança identificaram que a procura de apoio e informação foram as estratégias que os pais mais mencionaram para gerir a situação. Os recursos de apoio foram os profissionais da área da saúde, da parentalidade, familiares e livros. O profissional mais procurado foi a enfermeira de saúde infantil e materna por 88% das mães e 73% dos pais. Em relação aos não profissionais, 47% das mães e 40% dos pais apoiaram-se em livros e

informação escrita, 41% das mães e 42% dos pais nos avós e 36% das mães e 44% dos pais em outros membros da família.

Os profissionais de saúde e os avós também foram um recurso de coping para os pais num estudo de Long (2004) que também evidencia que o choro excessivo na infância é muito frequente e exigente de estratégias de coping. Para este autor o choro excessivo da criança pode irritar as mães e torná-las menos interactivas, mais ansiosas e com menos competências parentais. O choro excessivo da criança provoca grandes esforços por parte dos pais para resolverem o problema e este, muitas vezes, é resolvido direccionando a acção para a interpretação da origem do choro, sendo frequente como resposta a alimentação da criança, o que muitas vezes provoca mais cólicas.

No entanto, Keefe et. al citados por Long (2004) referem que uma reduzida interacção no caso das mães de bebés com cólicas pode ser uma resposta de adaptação, tendo como finalidade a diminuição da estimulação.

Como são várias e necessárias as estratégias para a resolução dos problemas e necessário o apoio dos profissionais para um resultado é importante caracterizar este processo que integra características pessoais e ambientais.

Objectivo: Identificar estratégias de coping no exercício da parentalidade e se diferem em função de variáveis sociodemográficas.

MÉTODO

Desenhou-se um estudo correlacional com uma amostra não probabilística intencional (Ribeiro, 2007) constituída por 75 pais de crianças até 3 anos de idade que não estivessem doentes.

População e amostra

Aos pais de crianças até três anos de idade que recorreram a 17 Centros de Saúde do Distrito de Leiria para a vacinação ou para a consulta de saúde infantil nos meses de Novembro e Dezembro de 2008 e Janeiro de 2009 foi solicitado o preenchimento de um questionário. Dos que livremente aceitaram responder ao questionário foi seleccionada uma amostra pelos pais que mencionaram pelo menos uma situação de stress no papel parental (numa pergunta do questionário elaborada para o efeito). Assim, dos 106 que

preencheram os questionários foram seleccionados 75, ficando a amostra constituída por 64 mães e 11 pais.

Instrumento de recolha de informação

Com base na revisão da literatura foi elaborado um questionário com dois grupos de questões. O primeiro grupo foi composto por sete questões referentes a variáveis sócio-demográficas: Grau de parentesco com a criança, residência (cidade, vila ou aldeia), estado civil, situação de empregabilidade, existência de outros filhos, idade do pai ou mãe e idade da criança. No segundo grupo incluía-se a questão aberta que deu origem a este estudo:

- Como resolveu as situações difíceis que ocorreram ao cuidar da sua criança?

Procedimentos formais e éticos

A colheita de dados iniciou-se a 15 de Novembro de 2008, após ter sido obtida autorização.

O questionário não tinha perguntas que expusessem socialmente os inquiridos, mas o anonimato e a confidencialidade dos dados foram assegurados não havendo qualquer dado que identificasse a pessoa. Os dados foram colhidos por auto-preenchimento ou por preenchimento pelo inquiridor conforme opção dos pais que constituíram a amostra. Na identificação de dificuldades que exigissem actuação imediata, seria providenciado o encaminhamento para profissionais competentes, após consentimento dos inquiridos.

Tratamento dos dados

Para análise do conteúdo, as comunicações foram fragmentadas em análises de registo com quantificação da sua frequência (Bardin, 2004). Todas as unidades de registo foram traduzidas em variáveis dicotómicas (0=não respondeu à situação e 1=respondeu à situação) e classificadas em sub-categorias e categorias segundo o sentido dos elementos de significação das mensagens, através do programa de tratamento estatístico – *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* – versão 16.0 para Windows. As três categorias que resultaram foram nomeadas de acordo com o modelo de Folkman e Lazarus (1980), mas separando-se a procura de suporte de acordo com alguns autores referidos por Folkman e Moskowitz (2004). Assim, resultaram as categorias e sub-categorias seguintes:

1. **Coping focalizado no problema** quando foram descritas acções que pretendiam actuar no problema, subdividindo-se em 6 subcategorias de acordo com o conteúdo das acções (*Resposta às situações de cólicas, resposta à criança*

não dormir, resposta às dificuldades na alimentação, protecção de perigos, inculcar regras e disponibilizar tempo e atenção para o filho).

2. Coping focalizado na emoção quando as acções eram dirigidas para a regulação do estado emocional ou para incorporar novas informações percebidas com a experiência. Foram incorporadas 4 subcategorias de acordo com o conteúdo das acções e nomeadas com termos da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem: *autocontrolo* (acções que traduziam uma opção pelo bem estar e manutenção do próprio pai ou mãe), *dar tempo para resolução* (a situação era ignorada esperando-se que passasse com o tempo. Não se atribuiu o termo negligência porque a situação poderia não ser passível de resolução imediata), *adaptação à situação* (quando havia disposição para tentar resolver novas situações) e *assimilação* (quando havia expressão de ganhos de informação com a experiência para responder a novas situações).

3. Procura de suporte quando as acções eram dirigidas para pedir qualquer tipo de apoio. Consideraram-se 3 subcategorias resultantes do conteúdo das acções: *apoio de profissionais de saúde, apoio de familiares e outros apoios* (onde se incluíram as linhas de ajuda não profissionais disponíveis on-line, a procura de informação on-line e contratação de uma empregada doméstica).

Foram utilizadas medidas de estatística descritiva para a descrição dos dados e estatística inferencial com testes não paramétricos para a relação das categorias com as variáveis sociodemográficas, porque os dados não seguiam uma distribuição normal.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 64 mães e 11 pais maioritariamente casados, empregados e residentes na vila. As idades dos pais situaram-se entre os 19 e os 46 anos com uma média de 32,75 anos, localizando-se a moda no grupo etário ≥ 30 e < 40 e a mediana nos 33 anos (Quadro 1). Houve 21,3% dos pais com idade inferior a 30 anos, mas sem mães adolescentes se considerarmos que a idade mínima foi 19 anos.

Das crianças a que se referem os dados deste estudo, 50,7% eram filhos únicos, 60% estavam no grupo etário dos 12 aos 18 meses e apenas 5,3% no grupo dos 6 aos 12 meses.

Quadro 1: *Caracterização da amostra segundo o grau de parentesco com a criança, estado civil, idade, empregabilidade, e residência*

Pais	n.º	%
Parentesco (N= 75)		
Mães	64	85,3
Pais	11	14,7
Estado civil (N=75)		
Casado/união facto	69	92
Solteiro	5	6,7
Divorciado	1	1,3
Idade em anos (N=72)		
<30	16	21,3
≥30 e <40	47	62,7
≥40	9	12
Média	32,75	
SD	5,56	
Mediana	33	
Máxima	46	
Mínima	19	
Empregabilidade (N=75)		
Empregado	61	81,3
Desempregado	14	18,7
Residência (N=75)		
Cidade	8	10,7
Vila	38	50,7
Aldeia	29	38,7
N.º filhos (N=75)		
Filho único	38	50,7
Dois ou mais filhos	37	49,3
Grupo etário da criança a que se referem os dados (N=75)		
Até aos seis meses	7	9,3
Dos 6 aos 12 meses	4	5,3
Dos 12 aos 18 meses	45	60
Dos 18 aos 24 meses	8	10,7
Com 2 e 3 anos	11	14,7

Foram referidas 136 estratégias por 72 pais para responderem a uma situação de difícil ao cuidarem do seu filho (Quadro 2), havendo 3 pais que mencionaram não terem emitido qualquer estratégia de resposta ao problema.

A procura de suporte foi uma estratégia adoptada por 54,67% dos pais o que confirma que os pais também sentem a necessidade de apoio no desenvolvimento do seu papel parental. Estes dados estão de acordo com o estudo de Smart e Hiscock (2007) em relação ao apoio ser a estratégia mais utilizada, mas a percentagem dos pais que pediram apoio foi inferior à encontrada pelos autores.

O facto de somente 33,33% dos pais terem adoptado estratégias focalizadas no problema é preocupante ao considerar-se que, para um tratamento positivo da criança,

os pais devem ter a capacidade de interpretar os sinais da criança e a intenção de lhe responder rápida e apropriadamente como nos refere Pecnik (2008). Também seria importante conhecer os resultados da resolução das estratégias focalizadas no problema e adoptadas pelos 39 pais.

As estratégias focalizadas nas emoções necessitam de ser investigadas, pois podem sugerir algum sofrimento dos pais pela incapacidade de responderem à criança, ou, apenas, porque os pais tendem a utilizá-las por considerarem a situação inalterável como nos refere Folkman e Lazarus (1980). É também importante investigar esta questão para descartar a hipótese de negligência ao ignorar-se a situação problemática.

Os dados também estão de acordo com o estudo de Paster, Brandwein e Walsh (2009) na medida em que foram utilizadas as estratégias das várias categorias.

Quadro 2: *Distribuição dos pais pelas categorias de estratégias de coping às situações problemáticas. (N=75)*

Categorias	Estratégias n	Pais com pelo menos uma estratégia		Pais sem estratégias	
		n	%	n	%
Foco no problema	39	25	33,33	50	66,67
Foco nas emoções	33	20	26,67	55	73,33
Procura de suporte	64	41	54,67	34	45,33
Total das estratégias	136	72	96	3	4

O quadro 3 identifica as subcategorias das estratégias relatadas pelos pais. Nas estratégias focalizadas no problema identificam-se as respostas às situações de cólicas que são expressas pelo choro da criança, as dificuldades na alimentação e o problema do sono estando de acordo com Smart e Hiscock (2007) que identificaram estes problemas como os que mais preocupam os pais e os levam a pedir apoio. Estão também de acordo com Long (2004) que a alimentação da criança era uma resposta frequente ao choro da criança.

No entanto, é de salientar a estratégia “disponibilizar tempo e atenção para o filho” utilizada por 12% dos pais e que não é referida por nenhum autor.

Nas estratégias centradas nas emoções, a adaptação à situação e assimilação poderiam originar ganhos para resolver futuras situações como defendem Folkman e Moskowitz (2004), mas o autocontrolo e o dar tempo para resolução poderiam ter apenas o objectivo de controlar o stress dos pais sem incluir a criança nos ganhos das estratégias.

A procura de apoio de profissionais de saúde foi mencionada por 41,3% dos pais, sendo o médico o mais procurado, seguindo-se o enfermeiro. Estes profissionais também foram os mais procurados no estudo de Smart e Hiscock (2007), mas numa ordem inversa. O hospital, centro de saúde, o farmacêutico e as linhas telefónicas de apoio foram os outros apoios solicitados dentro da subcategoria profissionais de saúde.

Os familiares mais especificados foram os avós da criança e o cônjuge.

Quadro 3: *Distribuição dos pais pelas subcategorias de estratégia de coping às situações problemáticas. (N=75)*

Categorias	Subcategorias	n.º pais	% pais
Foco no problema	Resposta às situações de cólicas	6	8
	Resposta à criança não dormir	1	1,3
	Resposta às dificuldades na alimentação	4	5,4
	Proteger dos perigos	4	5,4
	Incutir regras	3	4
	Disponibilizar tempo e atenção para o filho	9	12
Foco nas emoções	Autocontrolo	9	12
	Dar tempo para resolução	5	6,7
	Adaptação à situação	8	10,6
	Assimilação	5	6,7
Procura de suporte	Apoio de profissionais de saúde	31	41,3
	Apoio de familiares	13	17,3
	Outros apoios	3	4

Diferenças nas estratégias de coping segundo as variáveis sociodemográficas

Pela aplicação do teste Mann-Whitney U verificou-se apenas existirem diferenças estatisticamente significativa entre os pais que só têm um filho e os que têm mais na estratégia de pedir apoio ($U=499,000$; $p=0,017$) (Quadro 4). A média de Rank é mais elevada nos pais que têm só um filho o que leva a supor que eles pedem mais ajuda para as dificuldades, pois de acordo com o estudo de Häggman-Laitila e Euramaa (2003) as famílias que tinham somente uma criança tinham mais dificuldades a cuidá-la e a educá-la.

Os pais que têm outros filhos já passaram por outras experiências de stress e, de acordo com Folkman e Moskowitz (2004), já adquiriram conhecimentos com o resultado.

Quadro 4: *Diferenças com significado estatístico entre as estratégias adoptadas para responder às situações difíceis, segundo o número de filhos.*

Categoria	Grupos	n	Média de Rank	Mann-Whitney U	p
Procura de suporte	Filho único	38	43,37	499,000	0,017
	Outros filhos	37	32,49		

O teste Mann-Whitney U também permitiu evidenciar que há diferenças na procura de apoio consoante os pais são empregados ou desempregados ($U=292,500$; $p=0,044$), em que os pais empregados têm uma média de Rank mais elevada (40,20) o que poderá ser explicado pela indisponibilidade e insegurança por estarem menos tempo com o filho (Quadro 5).

Nas outras estratégias as diferenças não têm significado estatístico mas evidenciam uma proximidade significativa, sendo a média de Rank maior no foco nas emoções e menor no foco no problema para os pais empregados.

Quadro 5: *Diferenças com significado estatístico entre as estratégias adoptadas para responder às situações difíceis, segundo a empregabilidade dos pais.*

Categorias	Grupos	n	Média de Rank	Mann-Whitney U	p
Foco no problema	Empregado	61	36,30	323,000	0,089
	Desempregado	14	45,43		
Foco nas emoções	Empregado	61	39,61	329,000	0,086
	Desempregado	14	31,00		
Procura de suporte	Empregado	61	40,20	292,500	0,044
	Desempregado	14	28,39		

O teste Kruskal Wallis evidencia a existência de tendência estatística para a utilização de estratégias focalizadas na emoção serem diferentes segundo a idade da criança em que ocorreram as situações difíceis ($X^2=5,773$; $p=0,056$), com uma maior média de Rank no grupo a partir dos 12 meses (Quadro 6).

Quadro 6: *Diferenças com tendência de significado estatístico entre as estratégias adotadas para responder às situações difíceis, segundo a idade da criança em que surgiram as dificuldades.*

Categorias	Grupos	N	Média de Rank	Kruskal Wallis	p
Foco nas emoções	Até 6 meses	43	28,05	5,773	0,056
	Dos 6 aos 12 meses	8	27,25		
	A partir 12 meses	7	41,00		

Pelo teste Kruskal Wallis também se concluiu que há diferenças estatísticas segundo a residência dos pais na categoria de procura de suporte ($X^2=6,140$; $p=0,046$), em que os pais da cidade têm uma média de Rank menor, ou seja adotam menos a estratégia de procura de suporte do que os pais que vivem na vila e na aldeia (Quadro 7)

Quadro 7: *Diferenças com significado estatístico entre as estratégias adotadas pelos pais para responder às situações difíceis, segundo a sua residência.*

Categorias	Grupos	N	Média de Rank	Kruskal Wallis	p
Procura de suporte	Cidade	8	21,69	$X^2=6,140$	0,046
	Vila	38	40,33		
	Aldeia	29	39,45		

O teste Mann-Whitney U para os grupos de mãe e pai e o teste Kruskal Wallis para os grupos etários dos pais evidenciaram que não havia diferenças estatisticamente significativas nas estratégias adotadas em cada grupo (Quadro 8).

Quadro 8: *Variáveis em que as diferenças nas estratégias adotadas não tiveram significado estatístico*

Variáveis
Mãe e pai
Idade dos pais

CONCLUSÕES

No exercício da parentalidade nos primeiros 3 anos de vida da criança os pais têm situações difíceis para as quais adoptam estratégias de coping. As estratégias de procura de suporte são utilizadas por grande percentagem de pais e os profissionais de saúde são os mais procurados.

Os pais de filhos únicos, os pais empregados e os pais que vivem na vila e na aldeia adoptam mais a estratégia de procura de suporte.

Os dados evidenciam que os profissionais de saúde têm de estar capacitados para o desafio pois são um recurso de coping para os pais e têm o dever de planear acções educativas para os capacitar na adopção das estratégias de coping, sobretudo nos pais de filhos únicos.

É necessário investigar os resultados das intervenções focalizadas nos problemas e as consequências das estratégias focalizadas na emoção.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, L.(2004). *Análise de conteúdo*. 3.^a ed. Lisboa: Edições 70 Lda.

Carver, C. S. & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 679-704.

Folkman S. & Lazarus R.S (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-239.

Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.

Häggman-Laitila, A. & Euramaa, K. I. (2003). Finnish families' need for special support as evaluated by public health nurses working in maternity and child welfare clinics. *Public Health Nursing* (Boston, Mass.), 20 (4), 328-338.

International Council of Nurses (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*: versão 1.0. Geneva. ISBN: 92-95040-36-8

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

Long, T. (2004). *Excessive Crying in Infancy*. London and Philadelphia: Whurr Publishers Ltd.

Lopes, Dixe, Catarino (2009). Parentalidade Positiva: onde focar a atenção? *Referência* (Suplemento -Actas e comunicações), 10, p.142.

Organização das Nações Unidas (1989). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. ONU [Acedido a 14 de Julho de 2006]. Disponível na Internet: http://www.unicef.pt/cocs/pdf_publicações/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Paster, A., Brandwein, D., & Walsh, J. (2009). A comparison of coping strategies used by parents of children with disabilities and parents of children without disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1337-1342.

Pecnik, N. (2008). Towards a vision of parenting in the best interests of the child in “*Parenting in contemporary Europe: a positive approach* (pp.15-36). Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.

Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic

Smart, J. & Hiscock, H. (2007). Early infant crying and sleeping problems: a pilot study of impact on parental well-being and parent-endorsed strategies for management. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 43, 284-289. Doi:10.1111/j.1440-1754.2007.01060.x