

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Agradecimentos

Ao longo deste percurso formativo, cujas etapas foram alcançadas com dedicação, desejo agradecer a todos os que tornaram possível este trabalho, nomeadamente:

À orientadora, Professora Doutora Graça Aparício, pelas orientações, sugestões, críticas, atenção e disponibilidade valiosa; e também pelas palavras amigas e de encorajamento;

Ao Professor Doutor João Duarte, pela colaboração/orientação preciosa e atenção dispensada;

Aos Pais que participaram no estudo, pela sua disponibilidade num momento tão especial das suas vidas;

Aos colegas do Serviço de Obstetrícia que colaboraram na recolha de dados;

À Equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais do serviço de Neonatologia, pela força e disponibilidade;

À Associação para a Promoção da Segurança Infantil, pela disponibilidade e pelas informações valiosas para esta dissertação;

Aos meus pais e irmã, pela sua presença e por me fazerem acreditar ser possível;

Um agradecimento especial ao meu marido e à minha filha, pela compreensão, paciência, pelas minhas ausências e pelo tempo que não lhes dediquei;

A todos os que me ajudaram na realização deste trabalho, o meu muito obrigada!

Resumo

Enquadramento: A segurança é um direito da criança, que deve ser assegurado pelos pais e sociedade em geral, pois devido à sua vulnerabilidade estão sujeitas a um maior risco de lesões e morte. O transporte seguro de recém-nascidos/crianças em automóveis é uma preocupação, pois os acidentes de viação são a principal causa de mortalidade e morbilidade nesta faixa etária. Nos acidentes rodoviários, o uso correto de um sistema de retenção para crianças (SRC), desde o nascimento, constitui uma forma eficaz de proteção.

Objetivos: Caracterizar os conhecimentos e atitudes dos pais no uso do SRC; analisar a influência do processo de aquisição e de informação dos pais sobre o uso do SRC; identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas dos pais e o uso de SRC; determinar se os conhecimentos são mediadores das atitudes dos pais na utilização do SRC.

Métodos: Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, realizado numa amostra não probabilística, por conveniência de 112 pais de recém-nascidos, mães com média de idade de 30,37 anos (Dp=5,63) e pai 33,91 (Dp=6,09). Para recolha de informação utilizou-se um questionário, construído para o efeito, que os pais preencheram 24-48h após o parto durante os meses de março a maio de um centro hospitalar da região norte de Portugal.

Resultados: Maioritariamente tinham como escolaridade o ensino secundário e entre 1 a 4 filhos. O SRC fazia parte do “enxoval” do bebé em 54,5% dos participantes, destes, 72,3% já o tinha experimentado no automóvel e pretendiam usá-lo na alta desde a maternidade 97,3%. Contudo, apurou-se que apenas 47,3% o fazia de forma adequada, apesar de 83% referir conhecer a legislação e todos reconhecerem que previne lesões em caso de acidente e 67% admitir ter conhecimentos adequados sobre SRC. Concluiu-se haver relação entre os conhecimentos e a idade e a escolaridade das mães, e pelos resultados obtidos, inferimos que melhores conhecimentos conduzem a melhores atitudes na utilização do SRC.

Conclusões: Os resultados indicam que os conhecimentos dos pais sobre o uso adequado de SRC continuam insuficientes. Este facto justifica o investimento no ensino, treino e preparação dos pais para a alta segura desde a maternidade, momento particularmente sensível, e que será determinante nas atitudes de promoção da segurança rodoviária das crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Segurança; Recém-nascido; Sistema de retenção; Conhecimentos; Atitudes.

Abstract

Background: security is a right of the child, which must be provided by parents and society in general, because due to their vulnerability are subject to greater risk of injury and death. The safe transport of newborns/children in cars is a concern because traffic accidents are the leading cause of mortality in this age group. In road accidents, the correct use of a restraint system for children (CRS) from birth, is an effective form of protection.

Objectives: To identify the knowledge and attitudes of parents in the use of CRS; analyze the influence of the procurement process and informing parents about the use of CRS; identify the relationship between the sociodemographic variables of parents and the use of CRS; determine whether the knowledge mediate the attitudes of parents in the use of CRS.

Methods: quantitative study, cross-sectional, descriptive and correlational, held in a non-probabilistic sample of convenience of 112 parents of newborns, mothers with a mean of age of 30,37 years (SD= 5,63) and father 33,91 (SD= 6,09). For data collection was used a questionnaire prepared for the purpose, the parents completed 24-48 hours after birth during the months from March to May of a hospital in the northern region of Portugal.

Results: Mostly had as education secondary school and between 1-4 children. The CRS was part of the “trousseau” baby in 54,5% of participants, of these, 72,3% had already experienced in the car and wanted to use it on high from the maternity 97,3%. However, it was found that only 47,3% would adequately, although 83% refer aware of the legislation and all recognize that prevents injuries in case of accidents and 67% admit to having adequate knowledge of CRS. It was found relation between the knowledge and the age and education of the mothers, and the results obtained, we infer that better knowledge lead to better attitudes in the use of CRS.

Conclusions: The results indicate that parent’s knowledge about the proper use of CRS remains weak. This justifies the investment in education, training and preparation of parents on high safe from motherhood, particularly sensitive time, and that will be crucial in promoting attitudes of road safety of children and adolescents

Keywords: Security; Newborn; Restraint system; Information; Knowledge; Attitudes.

Sumário

Resumo	
Abstract	
Lista de Figuras	
Lista de Tabelas	
Lista de Abreviaturas e Siglas	
Introdução	19
1ª Parte – Fundamentação Teórica	23
1 - Segurança Infantil	23
1.1 - Segurança Infantil Rodoviária	26
1.2 - Organizações e Projetos no âmbito da Segurança Infantil Rodoviária	27
2 - Legislação dos Sistemas de Retenção para Crianças	37
3 - Família e Segurança Infantil	45
3.1 - Intenção de Proteção <i>versus</i> Proteção Adequada.....	47
2ª Parte – Estudo Empírico	57
1 - Metodologia	57
1.1 - Métodos.....	57
1.1.1 - Tipo de estudo	59
1.1.2 - Critérios de operacionalização das variáveis	60
1.2 - Participantes	76
1.2.1 - Caracterização da amostra	77
1.3 - Instrumento de Recolha de Dados	80
1.3.1 - Questionário	80
1.4 - Procedimentos Ético-Legais	81
1.5 - Análise de Dados	82
2 - Resultados	87
2.1 - Análise Descritiva.....	87
2.2 - Análise Inferencial	99
3 - Discussão	111
3.1 - Discussão Metodológica	111
3.2. Discussão dos Resultados	111
Conclusão	121

Referências Bibliográficas	125
Anexos	131
Anexo I - Instrumento de recolha de dados	133
Anexo II - Consentimento informado	139
Anexo III - Pedido de autorização para a recolha de dados	143
Anexo IV - Declaração da investigadora principal/orientadora	147
Anexo V - Autorização do CHTMAD, EPE para a recolha de dados	151

Lista de Figuras

Figura 1 - Taxa de mortalidade padronizada por lesões em crianças e adolescentes, Portugal e Holanda.....	25
Figura 2 - Mortalidade infantil (crianças até 5 anos de idade)	25
Figura 3 - Etiqueta de homologação	42
Figura 4 - Distintivo <i>i-Size</i>	43
Figura 5 - Intenção de proteção e proteção correta: evolução entre 1996 e 2013.....	53
Figura 6 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis.....	60
Figura 7 - Variâncias de <i>Scree Plot</i> dos indicadores de valorização na compra do SRC	65
Figura 8 - Gráfico de variâncias de <i>Scree Plot</i> dos indicadores de homologação do SRC	70
Figura 9 - Variâncias de <i>Scree Plot</i> dos indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC	74
Figura 10 - Modelo final ajustado entre os conhecimentos e o processo de aquisição do SRC	101
Figura 11 - Modelo de regressão múltipla multivariada com atitudes e conhecimentos e processo de aquisição do SRC	103
Figura 12 - Trajetórias entre processos de aquisição e atitudes dos pais mediados pelos conhecimentos	109
Figura 13 - Modelo final ajustado da trajetória certificação com atitudes mediado pelos conhecimentos	109

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Passageiros vítimas de acidentes rodoviários, com idade <14 anos, segundo o sexo....	27
Tabela 2 - Classificação dos sistemas de retenção segundo o peso e a idade.....	40
Tabela 3 - Estudo de observação do transporte de crianças até aos 12 anos	52
Tabela 4 - Operacionalização das variáveis.....	61
Tabela 5 - Consistência interna dos itens da escala dos indicadores de valorização na compra do SRC.....	63
Tabela 6 - Pesos fatoriais após rotação <i>varimax</i> dos indicadores de valorização na compra do SRC.....	64
Tabela 7 - Consistência interna dos itens dos indicadores de valorização na aquisição do SRC por subescala	66
Tabela 8 - Alfa de <i>Cronbach</i> dos indicadores de valorização na compra do SRC	66
Tabela 9 - Correlação dos itens com as subescalas e escala global dos indicadores de valorização na compra do SRC	67
Tabela 10 - Matriz de correlação de <i>Pearson</i> entre subescalas e os indicadores de valorização na compra do SRC	67
Tabela 11 - Consistência interna dos itens da escala de valorização dos indicadores de homologação do SRC.....	69
Tabela 12 - Pesos fatoriais após rotação <i>varimax</i> dos indicadores de homologação do SRC	69
Tabela 13 - Consistência interna dos itens dos indicadores de homologação do SRC por subescala.....	71
Tabela 14 - Alfa de <i>Cronbach</i> por fatores dos indicadores de homologação do SRC	71
Tabela 15 - Correlação dos itens com as subescalas e escala global dos indicadores de homologação do SRC.....	72
Tabela 16 - Matriz de Correlação de <i>Pearson</i> entre subescalas e os indicadores de homologação do SRC.....	72
Tabela 17 - Consistência interna dos itens da escala de indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC	73
Tabela 18 - Pesos fatoriais após rotação <i>varimax</i> dos indicadores para facilitar a aquisição/ utilização do SRC.....	74
Tabela 19 - Consistência interna dos factores dos indicadores para facilitar a aquisição/ utilização do SRC.....	75
Tabela 20 - Alfa de <i>Cronbach</i> por fatores dos indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC	75
Tabela 21 - Correlação dos itens com as subescalas e escala global dos indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC	75

Tabela 22 - Matriz de correlação de <i>Pearson</i> entre subescalas e os indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC.....	76
Tabela 23 - Estatísticas da idade dos pais	78
Tabela 24 - Caracterização profissional dos pais, segundo a CPP-2010.....	78
Tabela 25 - Caracterização dos pais em relação à escolaridade	79
Tabela 26 - Local de residência dos pais, segundo o distrito	79
Tabela 27 - Estatística do número de filhos	79
Tabela 28 - Número de recém-nascidos	80
Tabela 29 - Meio de transporte utilizado após a alta do RN	87
Tabela 30 - Transporte do RN após a alta da maternidade.....	88
Tabela 31 - Estatísticas das atitudes dos pais no transporte do RN em SRC	88
Tabela 32 - Atitudes dos pais no transporte do RN em SRC.....	88
Tabela 33 - Relação entre as atitudes dos pais e as variáveis sociodemográficas, indicadores de homologação e conhecimentos sobre SRC	89
Tabela 34 - Sistema de retenção novo ou usado.....	90
Tabela 35 - Estatísticas do número de anos de utilização dos SRC.....	90
Tabela 36 - Número de anos de utilização dos SRC.....	90
Tabela 37 - Valorização dos indicadores na aquisição do SRC.....	91
Tabela 38 - Estatísticas relativas aos indicadores de valorização na compra do SRC.....	91
Tabela 39 - Onde procurou informação sobre SRC.....	92
Tabela 40 - Local de compra do SRC	92
Tabela 41 - Local onde procurou informação sobre como colocar o SRC.....	93
Tabela 42 - Experimentou o SRC no automóvel	93
Tabela 43 - Dificuldades na aquisição do SRC	93
Tabela 44 - Valorização dos indicadores de homologação do SRC	94
Tabela 45 - Classificação do nível de valorização dos indicadores de homologação do SRC.....	94
Tabela 46 - Estatísticas relativas aos indicadores de homologação do SRC	95
Tabela 47 - Conhecimento da legislação e opinião sobre a coima	95
Tabela 48 - Conhecimento da existência de campanhas/organismos sobre segurança infantil	95
Tabela 49 - Razões para transportar RN/criança em SRC virado em sentido contrário ao trânsito.....	96
Tabela 50 - O uso de sistemas de retenção para crianças reduz lesões	96
Tabela 51 - Conhecimentos dos pais acerca do transporte de RNs em SRC.....	96
Tabela 52 - Relação entre os conhecimentos dos pais no transporte do recém-nascido em SRC e as variáveis sociodemográficas e indicadores de homologação.....	97
Tabela 53 - Estatísticas dos indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC	98
Tabela 54 - Profissional mais habilitado para informar sobre SRC.....	98

Tabela 55 - Correlação de <i>Pearson</i> entre os indicadores do processo de aquisição do SRC e os conhecimentos dos pais no uso do SRC	100
Tabela 56 - Regressão linear múltipla entre os conhecimentos e o processo de aquisição do SRC	100
Tabela 57 - Correlação de <i>Pearson</i> entre os indicadores do processo de aquisição do SRC e as atitudes dos pais na aquisição do SRC.....	101
Tabela 58 - Regressão linear múltipla entre as atitudes e o processo de aquisição do SRC.....	102
Tabela 59 - Trajetórias raios críticos e coeficientes de regressão	102
Tabela 60 - Análise da variância a um fator entre a idade dos pais e os conhecimentos/atitudes no transporte do RN em SRC.....	105
Tabela 61 - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre a escolaridade dos pais e os conhecimentos/atitudes no transporte do RN em SRC.....	106
Tabela 62 - <i>Test t</i> para diferenças de médias entre conhecimentos e atitudes e a situação laboral das mães	106
Tabela 63 - Teste de <i>U Mann-Whitney</i> entre conhecimentos e atitudes e a situação laboral dos pais	107
Tabela 64 - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre conhecimentos e atitudes e o distrito de residência.....	107
Tabela 65 - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre conhecimentos e atitudes e o número de filhos.....	107
Tabela 66 - Estimativas e raios críticos das trajetórias	108

Lista de Abreviaturas e Símbolos

ACP	- Automóvel Clube de Portugal
ANSR	- Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária
APSI	- Associação para a Promoção da Segurança Infantil
CEESIP	- Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
CICEL	- Classificação Internacional de Causas Externas de Lesões
CIPE	- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
cit.	- citado
DGS	- Direção-Geral da Saúde
ECSA	- European Child Safety Alliance
ENSR	- Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária
GAS	- Grupo de Alerta para a Segurança
INE	- Instituto Nacional de Estatística
ISCAIP	- International Society for Children and Adolescent Injury Prevention;
ISCTE	- Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa
IVA	- Imposto sobre o Valor Acrescentado
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
p.	- Página
PASI	- Plano Europeu para a Segurança Infantil
PNPA	- Programa Nacional de Prevenção de Acidentes
PNPR	- Plano Nacional de Prevenção Rodoviária
PNSIJ	- Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
RN	- Recém-Nascido
s.d.	- sem data
SPSS	- <i>Statistical Package for the Social Science</i>
SRC	- Sistema de Retenção para Crianças
UE	- União Europeia
UNICEF	- United Nations Children's Fund
VT	- Virado para Trás
WHO	- World Health Organization

INTRODUÇÃO

A segurança constitui um recurso fundamental no desenvolvimento da pessoa, pois consiste num estado em que os riscos e as situações potenciadores de risco são controlados, e tem como objetivo preservar a saúde e aumentar o bem-estar dos indivíduos e das comunidades (Mohan & Tiwari, 2000).

Ao longo do crescimento, as crianças alargam o seu pequeno mundo da casa para a rua, incluindo os espaços rodoviários, onde ficam mais expostas a riscos e perigos. As crianças utilizam as estradas, enquanto peões, ciclistas, motociclistas e passageiros de veículos, contudo, o ambiente rodoviário raramente tem em consideração as suas necessidades.

A vulnerabilidade das crianças, e em especial dos recém-nascidos (RNs), enquanto passageiros no automóvel, exige que os pais e/ou cuidadores responsáveis por elas, lhes prestem atenção redobrada, defendam o seu direito à segurança e a cuidados especiais que salvaguardem o seu direito à saúde (Amann, 2012).

A Direção-Geral da Saúde (DGS) refere que os acidentes de viação são uma das principais causas de morte prematura, sobretudo em crianças, representando também uma importante causa de incapacidade (DGS, 2012), revelando-se um grave problema de saúde pública.

Por ano, cerca de 10 milhões de crianças ficam feridas ou com incapacidades em consequência de acidentes de viação. As lesões mais frequentes são os traumatismos cranianos e as fraturas dos membros (World Health Organization [WHO], 2008).

No ambiente rodoviário, é enquanto passageiro que mais crianças morrem anualmente. Perante esta realidade, foram implementados ao longo dos anos diversos projetos a nível mundial e nacional, no intuito de diminuir os números da mortalidade e morbidade infantil e melhorar a segurança rodoviária das crianças, nomeadamente o Plano de Ação Segurança

Infantil, o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2016 e a Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2008-2015, entre outros.

A nível mundial, no dia 2 de março de 2010, a resolução 64/2551 da Organização das Nações Unidas (ONU), proclamou a “Década de Ação para a Segurança Rodoviária” para o período compreendido entre 2011 e 2020 e lançou o desafio aos governos, organizações internacionais, sociedade civil e indústria automóvel para, durante a presente década, aumentarem a sua colaboração através da promoção de medidas e ações em todas as áreas que contribuam para uma melhor segurança rodoviária. Com estas ações pretende-se contribuir, a nível mundial, para a estabilização do número de vítimas mortais de acidentes de viação até 2020 e, posteriormente, para a redução desses valores (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária [ANSR], 2013a). Portugal associou-se a esta iniciativa com o projeto “Bebés, Crianças e Jovens em Segurança”.

Surgiram, ainda, no âmbito da promoção da segurança infantil, diversas associações nacionais, entre elas a Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) e o Grupo de Alerta para a Segurança (GAS), que têm realizado diversas ações, no intuito de informar devidamente os pais sobre o transporte seguro das crianças enquanto passageiros.

Outras atividades realizadas são os estudos de observação a nível da comunidade, nos quais se verifica um aumento do uso de sistema de retenção, ou seja, a intenção de proteção, contudo, no que respeita à proteção correta (sistema de retenção para crianças [SRC] adequado e corretamente instalado), os resultados têm-se revelado menos animadores, pois somente metade das famílias que transporta as suas crianças com sistemas de retenção, o faz de forma correta (APSI, 2014a).

Os cuidados com a segurança começam desde o nascimento. Podemos dizer que as crianças estão sempre em risco e em todas as áreas da vivência das crianças há ou deve haver intervenções de forma a protegê-las (Coutinho, 2012).

Face a esta realidade, com este trabalho, desenvolvido no âmbito do Relatório Final do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pretende-se não só discutir e aprofundar esta problemática, mas também contribuir para a implementação de ações de educação para a saúde no âmbito da capacitação dos pais no uso correto dos SRC.

Sendo esta uma área problemática, com clara necessidade de intervenção atual, objetivada no Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016 (DGS, 2010a), os

enfermeiros encontram aqui um importante campo de ação, como elemento-chave na segurança infantil.

Tendo em conta todos estes factos, este estudo tem como finalidade contribuir para a criação de uma cultura em que se fomenta a segurança no transporte do RN na alta desde a maternidade, contribuindo assim para a promoção da segurança infantil.

Suportado pelo que referem os estudos realizados nesta área, e no sentido de dar resposta às nossas inquietações baseadas na evidência do dia-a-dia, formulamos as seguintes questões de investigação:

- Qual a influência do processo de aquisição e da informação dos pais nos conhecimentos e atitudes no uso do SRC?
- Qual a relação das variáveis sociodemográficas dos pais nos conhecimentos e atitudes no uso do SRC?
- Será que os conhecimentos são mediadores das atitudes dos pais na aquisição e uso do SRC?

De forma a dar resposta às questões formuladas foram delineados os seguintes objetivos:

- Caracterizar os conhecimentos e atitudes dos pais no uso do SRC;
- Analisar a influência do processo de aquisição e de informação dos pais no uso SRC;
- Identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas dos pais e o uso de SRC;
- Determinar se os conhecimentos são mediadores das atitudes dos pais na aquisição e uso do SRC.

Para a sua concretização, delineou-se um estudo transversal, de análise quantitativa, do tipo descritivo-correlacional, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 112 pais.

Do ponto de vista organizacional, este documento encontra-se dividido em duas partes distintas que se complementam. A primeira parte é constituída pela fundamentação teórica, onde se contextualiza a segurança infantil no geral, mas também a segurança infantil rodoviária e mais concretamente do RN/criança enquanto passageiro no automóvel, as organizações e projetos existentes a nível mundial e nacional de promoção da segurança

infantil rodoviária, conhecimento da legislação dos SRC e, por último, a família e a segurança infantil e a sua intenção de proteção *versus* proteção adequada.

A segunda parte é composta pela investigação empírica, que engloba o enquadramento metodológico, onde se definem os participantes, o instrumento de recolha de informação, os procedimentos e tratamento estatístico. Por último, são apresentados os resultados, a sua discussão e são tecidas algumas conclusões do estudo consideradas mais pertinentes e propostas algumas ações no sentido de melhorar os conhecimentos e atitudes dos pais no uso dos SRC.

1ª PARTE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - Segurança Infantil

O Homem, enquanto condutor, peão e passageiro, é inquestionavelmente o principal elemento do sistema de circulação rodoviária, sujeito ativo e passivo da maior ou menor segurança e sinistralidade nele existente (Uma maior segurança para peões, s.d.).

No Dicionário de Língua Portuguesa (2014), o termo acidente deriva do latim *accidente* e significa acontecimento casual ou inesperado, acontecimento repentino e desagradável.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define acidente como todo o acontecimento independente da vontade humana, provocado por uma força exterior, que age rapidamente e que se manifesta por dano corporal ou mental (APSI, 2014b).

Ao contrário do que ocorre com o termo acidente, o termo lesão não intencional pressupõe a valorização das características previsíveis e capazes de serem prevenidas e não acidentais das lesões. Como lesão não intencional entende-se “um incidente imprevisto no qual não houve intenção por uma pessoa de causar lesão, lesão ou morte, mas que resultou em lesão” (Grupo de Coordenação e Manutenção da CICEL, 2004, p.249).

As lesões não intencionais e os acidentes (domésticos, de lazer e rodoviários) são causa frequente de morbidade e mortalidade infantil (Costa, Sá, Fraga, Dias & Serafino, 2011).

De acordo com a United Nations Children’s Fund (UNICEF, 2010), morrem todos os anos 1 milhão de crianças vítimas de acidente a nível mundial, 90% decorrentes de lesões não intencionais.

O Relatório Europeu sobre Prevenção dos Acidentes nas Crianças (2009) menciona que, anualmente, cerca de 42 000 crianças e jovens entre os 0-19 anos morrem de acidentes não intencionais na EE27. Os acidentes de viação ocupam uma percentagem de 39% nas causas de morte nesta faixa etária (Amann, 2012).

No início dos anos 90, verificavam-se mais de 500 vítimas mortais, por acidente, em crianças e jovens até aos 19 anos (1994, 551 mortes, Eurostat). No período entre 2006 e 2010, na sequência de um acidente, morreram 625 crianças e jovens até aos 19 anos (Instituto Nacional de Estatística [NE]¹). Constata-se que, no 1º ano de vida, são poucos os casos de morte quando comparados com outras idades: 3% até 1 ano; 16% do 1 aos 4 anos; 12% dos 5 aos 9; 12% dos 10 aos 14 anos (APSI, 2012a).

O European Child Safety Alliance (ECSA, 2012a), refere que os traumatismos e as lesões decorrentes de acidentes foram responsáveis, entre 1990 e 2009, por mais de 19% do total de mortes de crianças e adolescentes em Portugal, as lesões não intencionais são responsáveis por 1 em cada 5 mortes nos rapazes e 1 em cada 9 mortes nas raparigas. Segundo a mesma fonte, em 2009, as mortes de crianças e adolescentes resultantes de traumatismos e lesões em Portugal representaram um valor de 8 928 de Anos de Vida Potencial Perdida (AVPP²).

Apesar destes dados, a taxa de mortalidade por acidentes em crianças e jovens tem vindo a diminuir desde os anos 90, à exceção do período entre 2000 e 2004 em que se verificou um ligeiro aumento para depois retomar a tendência de descida (1994-2010, Eurostat) (APSI, 2012b).

Em 2012, Portugal apresentava-se ainda acima da média europeia no que se refere à taxa de mortalidade por acidentes em crianças e adolescentes.

Na figura 1 apresentamos a taxa de mortalidade padronizada por lesões em crianças e adolescentes em Portugal e na Holanda, um país considerado dos mais seguros da Europa, segundo a evolução das médias de 3 anos, em crianças e adolescentes dos 0 aos 19 anos (ECSA, 2012a).

¹ Dados cedidos pelo INE (CID 10, código V01-V99 e W00-X59)

² Indicador de mortalidade prematura representando o número total de anos NÃO vividos por um indivíduo que morra antes da idade de esperança de vida à nascença.

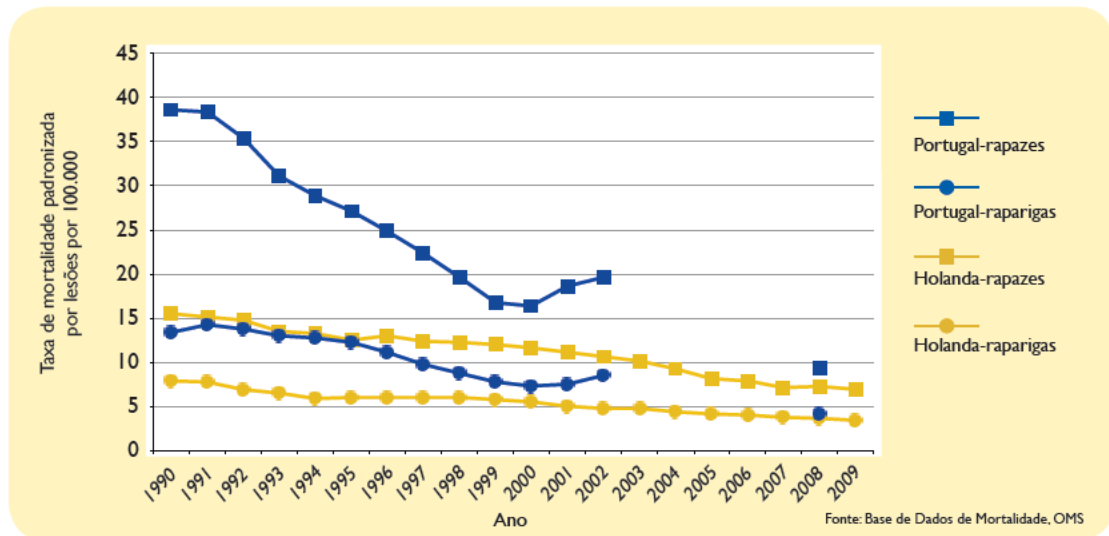


Figura 1 - Taxa de mortalidade padronizada por lesões em crianças e adolescentes em Portugal e na Holanda

A nível mundial, constatamos na figura 2 que a mortalidade infantil geral (em crianças com idade inferior a 5 anos) tem apresentado a mesma tendência de diminuição entre os anos 1990 e 2013, segundo a OMS.

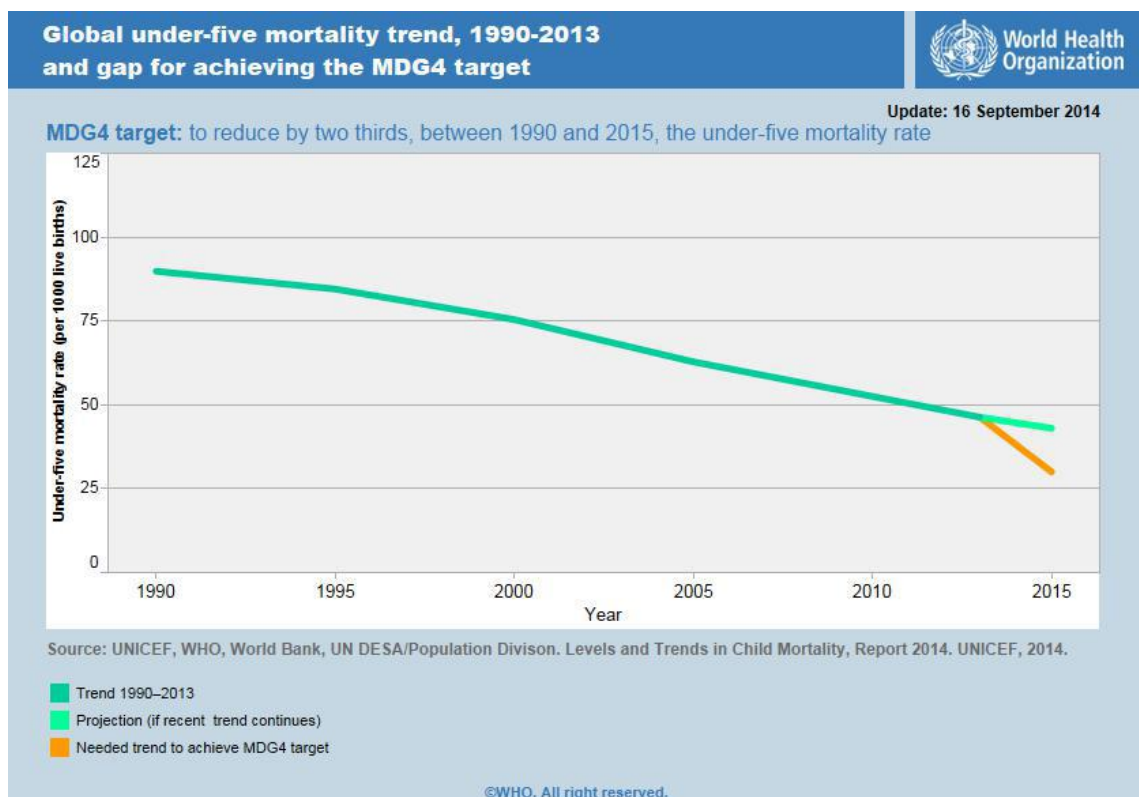


Figura 2 - Mortalidade infantil (crianças até 5 anos de idade)
(http://www.who.int/gho/child_health/child_health_001.jpg?ua=1)

No entanto, apesar da redução da taxa de mortalidade por acidente nas crianças e jovens, a atuação de Portugal, no que diz respeito ao nível de segurança que as políticas nacionais conferem aos cidadãos mais novos e mais vulneráveis, não corresponde às expectativas. Portugal, no que se refere à adoção de medidas para a segurança das crianças e adolescentes, obteve a classificação de “razoável” no Relatório de Avaliação de Segurança Infantil 2012 (ECSA, 2012b). Face ao relatório de 2007, houve um progresso no desempenho de Portugal, contudo, de 2009 para 2012 apenas ocorreram pequenas alterações que não tiveram implicações na classificação global final.

Todavia, as mortes representam uma ponta do problema, pois verifica-se um grande número de crianças hospitalizadas e observadas diariamente nos serviços de saúde na sequência de lesões e traumatismos não intencionais (acidentes). Nos acidentes rodoviários, a APSI (2010), nos estudos que tem realizado ao longo dos anos, verificou que por cada criança que morre, 131 ficam feridas.

1.1 - Segurança Infantil Rodoviária

As crianças, pela curiosidade e interesse no ambiente que as rodeia, características importantes para a aquisição e desenvolvimento de competências fomentadoras de um crescimento saudável, tornam-se especialmente vulneráveis à ocorrência de lesões (Silva & Santos, 2011).

As principais áreas de ocorrência de acidentes infantis são os espaços de lazer e recreio, o ambiente doméstico e rodoviário. Na via pública, as crianças são os utentes mais vulneráveis, quer seja como peão, passageiro ou condutor.

Como não estão preparadas, física e psicologicamente, para enfrentar, em segurança, o trânsito com todas as suas exigências, as crianças por natureza inquietas, de um modo geral não identificam os perigos, não compreendem as verdadeiras exigências do trânsito, pelo que podem adotar comportamentos inseguros (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2013).

No mundo, os acidentes de viação constituem a nona causa de morte, segundo a OMS, e se não forem implementadas medidas, podem ascender à quinta posição em 2030 (DGS, 2012).

As mortes de crianças em acidentes rodoviários enquanto passageiros de veículos, representam 50% de todas as mortes por acidentes de viação nos países ricos (WHO, 2008).

No entanto, nos últimos dez anos verifica-se em Portugal uma evolução positiva na redução destas mortes, apesar de continuarem a ser a principal causa de morte e lesões permanentes em crianças e adolescentes (Bacalhau, Luz & Gama, 2010).

Estes dados podem ser observados no Relatório Anual do Observatório de Segurança Rodoviária e apresentados na tabela 1 desde o ano de 2008 a 2013.

Tabela 1 - Passageiros vítimas de acidentes rodoviários, com idade <14 anos, segundo o sexo

	Vítimas Mortais		Feridos Graves		Feridos leves		Total de vítimas	
	M	F	M	F	M	F	M	F
2008	7	6	48	24	955	1028	1010	1058
2009	4	7	32	31	990	1043	1026	1081
2010	9	4	34	27	960	979	1003	1010
2011	3	1	29	33	847	904	879	938
2012	5	0	25	17	802	776	832	793
2013	1	1	17	19	786	808	804	828
TOTAL	29	19	185	151	5340	5538	5554	5708

Fonte: ANSR, 2010, 2011a, 2012, 2013b

A redução da mortalidade e do número de vítimas (até aos 17 anos) nos acidentes com crianças enquanto passageiros deve-se, segundo a APSI, à legislação que obriga a utilização de SRC, às campanhas informativas da APSI e à redução do IVA dos sistemas de retenção (APSI, 2010).

Torna-se, desta forma, pertinente instituir estratégias e desenvolver ações direcionadas para a redução da mortalidade e morbilidade infantil, resultante dos acidentes rodoviários.

1.2 - Organizações e Projetos no âmbito da Segurança Infantil Rodoviária

Pelo facto de em Portugal e em alguns países da União Europeia, a sinistralidade rodoviária atingir uma dimensão social, valida uma ação mobilizadora e uma intervenção concertada entre diferentes setores da sociedade (IAC, 2013).

Deste modo, foram criados ao longo dos anos diversos projetos e associações em Portugal de forma a incrementar a segurança infantil e a diminuir a sinistralidade rodoviária.

Em 2003, foi aprovado o Plano Nacional de Prevenção Rodoviária (PNPR) com o objetivo geral de reduzir em 50% o número de vítimas mortais e feridos graves até ao ano de

2010, e ainda com objetivos relativos a determinados alvos da população mais expostos. Essas metas foram, na generalidade, alcançadas antes do término desse período.

Entretanto, em outubro de 2004, surgiu o Plano Europeu para a Segurança Infantil (PASI), um projeto europeu coordenado pela Aliança Europeia de Segurança Infantil, sob orientação de uma Comissão de Especialistas (representantes da OMS, da Associação Europeia de Saúde Pública, da UNICEF e das Universidades de Keele e West of England, Reino Unido) e com o apoio financeiro parcial da Comissão Europeia. Constituído por 18 países, incluindo Portugal, este projeto tem como objetivo coordenar, harmonizar e integrar políticas e ações necessárias ao desenvolvimento de um programa de ação nacional para a prevenção e controlo de traumatismos e lesões não intencionais nas crianças e jovens. Em Portugal, o projeto é coordenado pela APSI.

A visão deste projeto, a atingir até 2015, é conhecer os riscos, criar ambientes seguros e minimizar os acidentes.

Todavia, no final de 2005, a DGS reconheceu a importância e pertinência do PASI, integrado no Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (PNPA), e em fevereiro de 2006 tornou-se parceira efetiva do PASI através de um apoio financeiro parcial para a coordenação do projeto e ainda com envolvimento de alguns técnicos na sua elaboração (Amann, 2012).

No ano de 2007 foi aprovada em reunião do Conselho da União Europeia de 31 de maio, a Recomendação 2007/C, 164/01, sobre “prevenção de lesões e promoção da segurança”, a qual, tinha em conta:

1) A magnitude do problema dos acidentes, em termos de mortalidade, especialmente entre as crianças, os adolescentes e os adultos jovens, e o seu impacto, em termos de incapacidade, anos de vida saudável perdidos, encargos financeiros com hospitalizações, baixa por doença e redução da produtividade;

2) A eficácia das medidas de prevenção que, quando aplicadas generalizadamente, se revelaram vantajosas para os sistemas de saúde e de segurança social;

3) Os determinantes dos acidentes, nomeadamente, o consumo de álcool e de substâncias psicotrópicas e a sua relação com o aumento do número de lesões;

4) A informação disponível sobre acidentes, as boas práticas em curso e a identificação de áreas prioritárias.

E onde aconselhava aos Estados-Membros a:

- 1) Utilizar melhor os dados existentes e, se necessário, desenvolver instrumentos representativos de vigilância e de comunicação de lesões;
- 2) Implementar planos nacionais ou medidas equivalentes, que incluíssem a sensibilização pública para as questões de segurança e a prevenção dos acidentes;
- 3) Incentivar a prevenção de lesões e a promoção da segurança nas escolas e na formação dos profissionais da saúde e de outros sectores.

Entretanto, em Portugal, de acordo com as Grandes Opções do Plano para 2008 no âmbito da Segurança Rodoviária (Lei n.º 31/2007, de 10 de agosto), a ANSR, com o acompanhamento e direção científica do Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa procedeu à elaboração de um documento tendo em vista a definição da Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária (ENSR) para o período 2008-2015 e seu desenvolvimento.

A ENSR tem como objetivo qualitativo colocar Portugal entre os 10 países da União Europeia (UE) com a mais baixa sinistralidade rodoviária, medida em mortos a 30 dias por milhão de habitantes³.

Os objetivos quantitativos a atingir pela ENSR são:

- Colocar, até 2011, a sinistralidade rodoviária portuguesa em **78** mortos por milhão de habitantes, equivalente a uma redução de 14,3% - base 2006;
- Melhorar esse indicador para alcançar, em 2015, os **62** mortos por milhão de habitantes, equivalente a uma redução de 31,9% - base 2006.

Todo o investimento feito na implementação e desenvolvimento da ENSR representa (rá), para Portugal, um benefício social na poupança de vidas humanas mas também em ganhos económicos.

De acordo com o seu calendário de execução, a ENSR foi sujeita a um processo de revisão intercalar em 2011, com vista a proceder à avaliação dos resultados obtidos na primeira fase e ainda ao planeamento das ações a cumprir até 2015.

Nesta revisão intercalar da ENSR, estabeleceu-se uma visão para a Segurança Rodoviária em Portugal: “Alcançar um Sistema de Transporte Rodoviário Humanizado”, em que a sinistralidade rodoviária em Portugal deverá tender para um resultado que vise alcançar,

³ As estatísticas europeias, base de dados CARE, utilizam como padrão os mortos a 30 dias. Em Portugal estes dados não estão disponíveis, pelo que se utiliza um fator de conversão - mortos a 24 horas x 1,14.

a longo prazo, zero mortos e zero feridos graves, reconhecendo-se como imperativo ético que «ninguém deve morrer ou ficar permanentemente incapacitado na sequência de um acidente rodoviário em Portugal» (Resolução do Conselho de Ministros nº 5/2014, de 13 de janeiro).

Efetuiu-se, neste processo de revisão, um diagnóstico da aplicação da ENSR durante o primeiro período de vigência, na qual foi:

- Contextualizada a sinistralidade rodoviária (em Portugal e a nível global);
- Definido o enquadramento da ENSR;
- Avaliada a evolução da sinistralidade;
- Realizada uma comparação dessa evolução com países de referência;
- E identificado o conjunto das principais preocupações resultantes desta avaliação e as suas consequências.

Após esta fase de diagnóstico, ocorreu uma fase de desenvolvimento em que se procedeu a uma importante redefinição conceptual a nível dos objetivos estratégicos e foram instituídos novos objetivos operacionais. Foi também realizada uma análise dos objetivos operacionais e efetuado um estudo das ações chave a desenvolver num primeiro período da segunda fase da ENSR.

Face aos objetivos estabelecidos inicialmente, constatou-se que na determinação direta e rigorosa do número de «Mortos a 30 Dias», iniciada em 2010, o número real de vítimas mortais nesse espaço de tempo (+26,5% e +29,3% em relação às vítimas no local do acidente, em 2010 e 2011, respetivamente) era muito superior aos 14% anteriormente estimados (pós 1998). Contudo, tendo por base o número de mortos em 2006, a taxa de diminuição prevista em termos de «Mortos no Local do Acidente», de -18,9% durante este primeiro período de vigência da ENSR (2008-2011), ultrapassou a taxa de diminuição prevista (-14,3%). Verificou-se também que o ritmo de diminuição da sinistralidade abrandou no final do período em observação, ocorrendo, no entanto, em 2012, uma acentuada redução das vítimas mortais (-16,8%).

Sendo assim, o cálculo estatístico foi, em 2010, no valor de «M/106H» de 93 (previstos 81) e em 2011 atingiu os 89, contra os 78 determinados como Meta para a primeira fase da ENSR.

Comparando ainda Portugal com os países selecionados como referência (nomeadamente: Espanha, França e Áustria), verificou-se uma evolução desfavorável da

sinistralidade, destacando-se, pela negativa, a “Sinistralidade dentro das localidades”, ocupando a nível da UE a penúltima posição.

Contudo, a nível nacional, entre os anos de 1990 e 2010, registaram-se progressos consideráveis, permitindo que a sinistralidade rodoviária passasse de 8ª para 18ª causa de morte.

No entanto, para atingir os resultados a que se propôs, Portugal terá de realizar um maior esforço na diminuição da sinistralidade até 2015 e também deverá existir um maior envolvimento e empenho político (Resolução do Conselho de Ministros nº 5/2014, de 13 de janeiro).

Face à realidade da sinistralidade rodoviária, a nível mais específico foi elaborado, em 2012, o Relatório de Avaliação de Segurança Infantil (ECSA, 2012a) no âmbito do Projeto *Tools to Address Childhood Trauma, Injury and Children's Safety*, onde teve início a avaliação do progresso na área da segurança infantil e o estabelecimento de metas para a redução das mortes e das incapacidades resultantes de lesões em crianças e adolescentes. Podemos ainda observar, neste relatório, o desempenho de Portugal quanto ao nível de segurança que as políticas nacionais concedem aos cidadãos mais novos e frágeis de forma a reduzir as lesões não intencionais, através da análise de políticas, consideradas boas práticas confirmadas, em áreas específicas da segurança infantil, nomeadamente os ambientes rodoviários, domésticos e de lazer, e ainda ações da liderança, infraestruturas e capacidade técnica para sustentar os esforços na prevenção.

Neste relatório, concluiu-se que Portugal já fez um trabalho razoável em termos das medidas tomadas para a segurança das crianças e adolescentes enquanto passageiros de veículos motorizados e na área da prevenção das intoxicações. Contudo, é necessário reforçá-las de modo a tornar as estradas mais seguras para todos os seus usuários e na prevenção de outros tipos de lesões que ocorrem em casa e outros lugares frequentados por crianças e adolescentes.

Foi considerado necessário implementar algumas medidas referidas neste relatório (onde se incluem também as ações a executar), de forma a aumentar a segurança com os peões, ciclomotores, motociclos e também melhorar a segurança dos passageiros, condutores e ciclistas. Considerou, desta forma, ser pertinente aumentar os esforços para a segurança na água/prevenção de afogamentos, melhorar os esforços de prevenção de quedas, reforçar a prevenção das intoxicações, asfixia/estrangulamento, queimaduras e escaldões. Deve também

investir-se no aumento da consciência da população em relação aos riscos de lesões em crianças no domicílio e nas medidas eficazes de prevenção, implementando um programa de visitas domiciliárias que inclua esta temática e que abranja as crianças e as suas famílias.

É, deste modo, fundamental que o governo exerça a sua liderança de forma mais firme e invista na criação de infraestruturas de forma a garantir as metas, objetivos específicos e ações previstas no Plano de Ação de Segurança Infantil, integrado no PNPA, desenvolvido pelo Ministério da Saúde (ECSA, 2012a).

Existem, também a nível nacional, associações que promovem a segurança infantil e a prevenção de acidentes.

A APSI, uma associação sem fins lucrativos formada em 1992, tem realizado um trabalho importante na promoção da segurança das crianças e dos jovens em casa, nas escolas, na praia e nos espaços de jogo e recreio. O seu principal objetivo é reunir esforços e energias de vários setores para uma abordagem interdisciplinar do que é considerado o maior problema de saúde pública nestas faixas etárias (APSI, 2014c).

Desde a sua fundação, a APSI tem realizado iniciativas e ações dirigidas às famílias, nomeadamente os Centros de Verificação de Cadeirinhas, ações de formação para profissionais de saúde e agentes de autoridade e estudos sobre a utilização de sistemas de retenção em Portugal. A experiência no terreno e a participação no trabalho desenvolvido a nível internacional nesta área, permitem que a APSI tenha um “retrato” real e atual daquelas que são as recomendações na área de segurança da criança passageiro, bem como das necessidades e práticas das famílias e do mercado português (APSI, 2011).

A APSI, em articulação com a ECSA, a International Society for Children and Adolescent Injury Prevention (ISCAIP), contribui a nível nacional e internacional para a definição de políticas e estratégias para o combate aos acidentes (APSI, 2014c).

Igualmente, a nível nacional, o GAS tem um importante papel na área da segurança infantil. Foi constituído em outubro de 2005, como associação (com publicação no Diário da República nº 22, série III, a 31 de janeiro de 2006), sendo formada por várias instituições da comunidade de Viseu, nomeadamente o Centro Distrital de Segurança Social, a Delegação Regional de Viseu do Instituto Português da Juventude, a Direção Regional de Educação do Centro, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a Federação das Associações de Pais de Viseu. Este grupo surgiu da convicção de que só com uma ação concertada seria possível enfrentar a problemática dos acidentes mortais nas crianças. A segurança infantil é uma das áreas de

intervenção, tendo sido desenvolvido o projeto “Alta Segura” (implementado em junho de 2004) e mantendo a realização de operações “STOP”, em colaboração com a Polícia de Segurança Pública, que permitem “não só operacionalizar o problema, como despertar a comunidade para a necessidade de uma intervenção concertada, iniciada com a progressiva sensibilização dos pais e educadores” (GAS, 2007).

Encontra-se também implementado, desde 2008, no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, um programa denominado “Alta da Maternidade em Segurança”, com o objetivo de ajudar e informar os pais no transporte adequado dos RNs em sistema de retenção. Este programa visa, também, a identificação dos casos com necessidade de um sistema de retenção e disponibilização do mesmo por um período máximo de duas semanas, mediante a assinatura, por parte da família, de um termo de responsabilidade, contudo, este período pode ser alargado, se necessário. Outra ação preconizada por este programa, é uma campanha de sensibilização junto da futura mãe através da distribuição de panfletos informativos, alertando para a necessidade de transporte do RN em segurança e em sistema de retenção adequado após a alta da maternidade.

Em 2010, a ONU, na General Assembly Resolution nº 64/255, proclamou a década de 2011-2020 como a Década de Ação pela Segurança no Trânsito. Neste âmbito, o Ministério da Saúde deu particular importância à segurança infantil, tendo desenvolvido um projeto global denominado “Bebés, Crianças e Jovens em Segurança”. Este projeto visa melhorar o nível da literacia em segurança rodoviária infantil da população portuguesa e a adoção de comportamentos seguros pelas grávidas, pais e famílias no transporte do RN no automóvel, desde o momento da alta hospitalar e ao longo de toda a infância e juventude (DGS, 2013a).

Este projeto tem o apoio de diversos parceiros na disponibilização dos recursos materiais e pedagógicos, indispensáveis à sua implementação, nomeadamente a Fundação MAPFRE, DOREL Portugal e a APSI.

A operacionalização deste projeto implicou a designação dos Pontos Focais do mesmo em cada instituição, a formação dos profissionais de saúde designados, a produção e divulgação de informação sobre segurança rodoviária infantil, a normalização de procedimentos de atuação, a instalação de simuladores de banco de automóvel nas Maternidades e Agrupamentos de Centros de Saúde, e ainda a cedência, para demonstração, de SRC. Todos os projetos foram sujeitos a uma candidatura a apoio material e pedagógico, onde foi preenchido um Formulário de Candidatura, de forma a facilitar o processo de planeamento do Projeto.

Todos os projetos aceites serão avaliados anualmente, onde será feita uma avaliação quantitativa que visa conhecer os beneficiários diretos e indiretos do Projeto “Bebés, Crianças e Jovens em Segurança”; e ainda uma avaliação qualitativa na mudança de comportamentos de segurança das famílias portuguesas e dos jovens, através de inquéritos (DGS, 2013a).

Também, neste âmbito, existe desde 2011, com colaboração da APSI, o Projeto “Alta Segura – Transporte de Recém-Nascido no Automóvel” nos três hospitais do Algarve com Maternidade, com o objetivo de promover o transporte seguro de todos os RNs na região do Algarve, desde a saída da maternidade. Este projeto consiste num serviço de apoio e aconselhamento às grávidas e famílias de RNs, no que respeita ao seu transporte no automóvel e que engloba a disponibilização de informação sobre os sistemas de retenção mais adequados para o transporte do RN; aconselhamento às famílias, durante a gravidez, sobre os cuidados a ter na escolha e na instalação do sistema de retenção da família num banco simulador e, se necessário, o acompanhamento da família ao seu automóvel no dia da alta, para verificação da instalação correta da cadeirinha (APSI, 2015).

Para garantir a segurança do RN, enquanto passageiro, logo à saída da maternidade, e diminuir a mortalidade infantil por acidentes rodoviários, o novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), parte integrante da norma da DGS 010/2013, que entrou em vigor a 1 de junho de 2013 e veio substituir o Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil, Orientação Técnica nº 12, de 2005, anexa no seu conteúdo, as “Regras para o transporte de crianças em automóvel desde a alta da maternidade” (DGS, 2013b).

Acredita-se que o esforço coletivo de consciencialização cívica e o rigor na formação dos utilizadores das vias rodoviárias, conjugado com as inovações tecnológicas dos veículos, a melhoria das infraestruturas e a gestão de tráfego poderão contribuir para o défice de tão grave problema de saúde pública, como é a sinistralidade (Uma maior segurança para peões, s.d.).

De igual modo, os pais e cuidadores devem vigiar as crianças e adotar medidas e condutas seguras de forma a evitar acidentes, mas permitindo a liberdade necessária para que a criança se desenvolva de forma adequada, explorando o mundo que a rodeia (Costa et al., 2011).

Desta forma, a implementação de várias medidas de prevenção de acidentes desde o nascimento torna-se essencial. Salientamos o transporte do RN no automóvel, que deve ser sempre realizado em SRC adequado e de forma correta.

No entanto, para as famílias não é fácil escolher um sistema de retenção, pois existe uma grande variedade de modelos, a diversos preços. Um estudo realizado pela APSI em 2010 revelou que existiam no mercado português cerca de 189 modelos de sistemas de retenção dos diversos grupos e que os preços podiam variar na mesma loja mas em cidades diferentes.

Face a esta grande variedade, as famílias optam, por vezes, por modelos e marcas mais caros, negligenciando aspetos fundamentais para um transporte seguro e adequado, como a compatibilidade com o automóvel e a instalação de acordo com as instruções do fabricante. O que ainda torna esta decisão mais difícil é o facto da informação disponibilizada por diferentes organizações e profissionais (profissionais de saúde, agentes da autoridade, vendedores e organizações de consumidores) não ser idêntica (APSI, 2010).

Deste modo, encontram-se, atualmente, implementadas diversas ações e projetos (referidos anteriormente) com o objetivo de potenciar e uniformizar toda a informação sobre o transporte de crianças desde a alta da maternidade de forma segura e também no uso correto de SRC.

Segundo a OMS, usar um SRC de forma correta reduz o risco de morte das crianças entre 54% e 80% (DGS, 2013b).

2 - Legislação dos Sistemas de Retenção para Crianças

O transporte de RNs e crianças encontra-se devidamente legislado em Portugal.

O código da estrada, no seu artigo 82º, impõe o uso de equipamentos e acessórios de segurança. A Portaria nº 311-A/2005, de 24 de março, define sistema de retenção para crianças como:

...o conjunto de componentes, que pode incluir uma combinação de precintas ou componentes flexíveis com uma fivela de aperto, dispositivo de regulação, acessórios e, nalguns casos, uma cadeira adicional e ou um escudo contra impactes, capaz de ser fixado a um automóvel, sendo concebido de modo a diminuir o risco de ferimentos do utilizador em caso de colisão ou de desaceleração do veículo através da limitação da mobilidade do seu corpo. (p.2614-8)

O transporte em sistemas de retenção encontra-se regulamentado, em Portugal, pela Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro, na sua décima terceira alteração ao Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de maio, e primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de fevereiro. A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, que o artigo 55 do Código da Estrada passa a ter uma nova redação, ou seja:

1 — As crianças com menos de 12 anos de idade transportadas em automóveis equipados com cintos de segurança, desde que tenham altura inferior a 135 cm, devem ser seguras por sistema de retenção homologado e adaptado ao seu tamanho e peso.

2 —

3 —

4 — As crianças com deficiência que apresentem condições graves de origem neuromotora, metabólica, degenerativa, congénita ou outra podem ser transportadas sem observância do disposto na parte final do n.º 1, desde que os assentos, cadeiras ou outros sistemas de retenção tenham em conta as suas necessidades específicas e sejam prescritos por médico da especialidade.

5 — *(Anterior n.º 4.)*

6 — *(Anterior n.º 5.)*

Numa versão mais completa:

1 - As crianças com menos de 12 anos de idade transportadas em automóveis equipados com cintos de segurança, desde que tenham altura inferior a 135 centímetros, devem ser seguras por sistema de retenção homologado e adaptado ao seu tamanho e peso.

2 - O transporte das crianças referidas no número anterior deve ser efetuado no banco da retaguarda, salvo nas seguintes situações:

- a) Se a criança tiver idade inferior a 3 anos e o transporte se fizer utilizando sistema de retenção virado para a retaguarda, não podendo, neste caso, estar ativada a almofada de ar frontal no lugar do passageiro (*airbag*);
- b) Se a criança tiver idade igual ou superior a 3 anos e o automóvel não dispuser de cintos de segurança no banco da retaguarda, ou não dispuser deste banco.

3 - Nos automóveis que não estejam equipados com cintos de segurança é proibido o transporte de crianças de idade inferior a 3 anos.

4 - As crianças com deficiência que apresentem condições graves de origem neuromotora, metabólica, degenerativa, congénita ou outra podem ser transportadas sem observância do disposto na parte final do n.º 1, desde que os assentos, cadeiras ou outros sistemas de retenção tenham em conta as suas necessidades específicas e sejam prescritos por médico da especialidade.

5 - Nos automóveis destinados ao transporte público de passageiros podem ser transportadas crianças sem observância do disposto nos números anteriores, desde que não o sejam nos bancos da frente.

6 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 120 a € 600 por cada criança transportada indevidamente.

A Direção Geral de Viação pode autorizar a utilização de sistemas de retenção para crianças diferentes dos previstos, sempre que as deficiências físicas ou mentais das crianças a transportar o justifiquem (artigo 9º da Portaria nº 311-A/2005, de 24 de março).

Em conformidade com a legislação em vigor, o PNSIJ (DGS, 2013b) inclui um anexo com as regras para o transporte de crianças desde a alta da maternidade, que passamos a descrever:

- O uso de um sistema de retenção homologado é obrigatório até aos 12 anos de idade e 135 centímetros de altura, de acordo com o Código da Estrada em vigor. A partir desta altura, a criança já pode utilizar apenas o cinto de segurança do automóvel;

- O SRC deve ser adquirido antes do nascimento;

- Os RNs e as crianças têm de ser sempre transportados num sistema de retenção homologado, de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04, e adequado à idade, altura e peso, de modo a proporcionar as condições necessárias a uma viagem de automóvel segura;

- Logo à saída da maternidade, o RN deve viajar num SRC voltado para trás (VT). Só assim a cabeça, o pescoço e a região dorsal estarão devidamente protegidos, em caso de acidente, pois são apoiados uniformemente;

- O SRC deve ser preso ao automóvel, com o cinto de segurança ou através de um sistema isofix⁴, num lugar sem airbag frontal ativo. Estes SRC reduzem, entre 90% e 95%, a ocorrência de morte ou ferimentos graves em crianças;

- O RN deve viajar semi-sentado desde o primeiro dia, salvo raras exceções⁵. As crianças devem viajar voltadas de costas para o sentido do trânsito até aos 3 ou 4 anos. Esta é a posição mais segura para as transportar no automóvel, devido à fragilidade do pescoço e ao peso da cabeça. Caso seja mesmo necessário, só a partir dos 18 meses será admissível que a criança viaje virada para a frente;

- Os SRC, aprovados para utilização de crianças até aos 13 quilogramas, possuem um redutor interno que apoia a cabeça durante os primeiros meses, amparando-a para maior conforto;

- As cadeiras viradas para a frente só podem ser transportadas no banco traseiro, salvo algumas exceções previstas na lei (Artigo 55.º, Código da Estrada);

- As crianças com mais de 15 quilogramas já podem usar um sistema de retenção, vulgarmente chamado cadeira de apoio ou banco elevatório com costas, em que o cinto de segurança do próprio veículo passa à frente do corpo (como no adulto) e o prende em simultâneo com a cadeira. Deve escolher-se um modelo com encosto regulável em altura e com guia orientadora do cinto ao nível do ombro;

- Algumas das particularidades do banco elevatório – não ter costas nem apoio lateral, bem como não impedir a colocação incorreta do cinto, se a criança adormecer – tornam-no

⁴ Sistema de fixação ao carro através de encaixe, presente em alguns veículos mais recentes. Exige cadeiras específicas (com sistema isofix), que encaixam em dois pontos inferiores (na base das costas do banco do automóvel) e se fixam num terceiro ponto ou apoiam no chão do carro. A existência de 3 pontos é essencial para evitar rotação da cadeira em caso de acidente.

⁵ Cf. Recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria para recém-nascidos prematuros.

desaconselhável antes dos 8 a 9 anos. Não devem ser utilizados dispositivos que alterem o percurso do cinto sobre o corpo e, conseqüentemente, a sua eficácia;

- Antes da compra, os pais devem confirmar que o sistema de retenção se ajusta perfeitamente ao veículo em que vai ser utilizado (verificar, por exemplo, se o cinto de segurança do banco traseiro tem comprimento suficiente para prender a cadeira virada para trás) e se adapta à criança a quem se destina;

- A utilização de sistemas de retenção é obrigatória no transporte em automóvel, assim como no transporte coletivo de crianças.

Os SRC são classificados em cinco grupos de peso: 0; 0+; I; II e III. A cada grupo corresponde um intervalo de peso. No entanto, alguns sistemas de retenção abrangem mais do que um grupo de peso.

Na tabela 2 apresenta-se os grupos de cadeiras mais adequados, de acordo com o peso e a idade da criança.

Tabela 2 - Classificação dos sistemas de retenção segundo o peso e idade

Grupo	Peso	Idade	Posição da Cadeira	Lugar no Automóvel
0	Até 10Kg	Até 9 meses	VT	BT ou BF*
0+	<13 Kg	Até 14 meses	VT	BT ou BF
I	9-18 Kg	9 meses - 4 anos	VT e VF	BT
II	15-25 Kg	4-7 anos	VF	BT
III	22-36 Kg	6-12 anos	VF	BT
0+/I	Até 18 Kg	1-4 anos	VT e VF	BF ou BT

Fonte: DGS, 2010

Legenda: VT - Voltada para trás; VF - Voltada para a frente; BF - Banco da frente (* com *airbag desligado*;

BT - Banco de trás)

Na Europa, todos os SRC têm uma etiqueta de homologação ECE R44 de cor laranja, garantindo que o mesmo cumpre as exigências de segurança fundamentais conforme estabelecido na norma de segurança europeia ECE R44, com as seguintes informações:

1. Que a sua cadeira cumpre com a Norma de Segurança Europeia. Os últimos dois dígitos devem terminar em 04 (versão mais recente) ou 03. As cadeiras R44-01 ou 02 não são legais e não podem ser vendidos ou utilizados desde 2008.

2. Homologação para peso (grupo). Se for adicionada uma letra Y, isso significa que a cadeira-auto tem um sistema de arnês de cinco pontos com pré-cinta de entrepernas.

3. Indicador de homologação europeu. (E_x)

4. Indica o país em que a homologação foi obtida. 1=Alemanha 2=França 3=Itália 4=Holanda, etc. (Ex: E₁)

5. Número de homologação. ECE R 44/04.

6. Número exclusivo atribuído especificamente à sua cadeira, para teste e rastreamento.

7. Dados de produção: semana e ano.

8. Número de referência do artigo do fabricante.

9. Código EAN.

10. Código de barras.

11. Nome do fabricante do produto.

Existem três tipos de homologação de SRC ou vulgarmente referido cadeira ou cadeira-auto: universal, semi-universal e veículo específico.

Homologação universal - A cadeira é homologada para uso em todos os veículos que cumprem os regulamentos ECE R14. Qualquer cadeira adequada para o sistema Isofix tem que usar os pontos de fixação Isofix, incluindo o ponto superior ou o apoio de pé. Em todos os casos Isofix esta solução tem que ser usada e o manual do veículo tem que declarar que o automóvel é adequado para "Cadeiras-auto Isofix Universal".

Homologação semi-universal – Verifica-se quando, para além das exigências normalizadas, são utilizados outros dispositivos de segurança para reter a cadeira e exigem ensaios adicionais. Por exemplo: alguns veículos proporcionam um espaço de armazenagem adicional no chão do mesmo que pode influenciar o comportamento do pé de apoio frontal da cadeira-auto, pelo que deve verificar sempre se a marca e modelo do seu automóvel consta da lista de marcas de automóveis compatíveis com a cadeira-auto.

Homologação veículo específico - A cadeira-auto é testada num ensaio de colisão automóvel dinâmico adicional, específico e homologado apenas para esses automóveis. O automóvel deve ser inserido na lista de marcas de automóveis compatíveis do fabricante de cadeiras-auto. Pode incluir características especiais ou *designs* que apenas podem ser instalados num automóvel de um modelo específico.


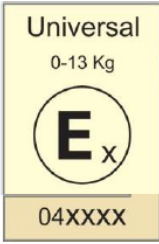

R44/04	 R44/04 ISOFIX
	Semi-Universal 9-18 kg  04XXXXX

Figura 3 - Etiqueta de homologação

(<http://barrigasdeamor.iol.pt/wp-content/uploads/2014/02/18.02.2014-A.png>)

No entanto, a necessidade de aumentar o nível de segurança das crianças transportadas em sistemas de retenção leva as empresas a investigar e realizar estudos e testes, no sentido de produzir sistemas de retenção mais eficazes e fáceis de colocar nos automóveis.

Existem sistemas de retenção com cintos internos (denominados sistemas integrais) homologados pelo Regulamento R44/04, instalados com o cinto de segurança do automóvel e também com sistema Isofix (em alguns casos com os dois tipos de instalação) e ainda sistemas de retenção homologados por um novo Regulamento, o R129 – i Size, para instalação apenas com sistema Isofix.

No dia 9 de julho de 2013, a UNECE (Comissão Económica para a Europa das Nações Unidas) adotou a nova legislação UN R 129 (i-Size), resultante da necessidade de atualização do regulamento R44/04.

Neste novo regulamento, os sistemas de retenção contribuem para um melhor suporte da cabeça e pescoço da criança e melhor proteção em caso de embate frontal e lateral. Estes sistemas de retenção possuem cinco pontos de fixação, que garante que a criança permanece na cadeira em caso de acidente.

O i-Size diz respeito aos sistemas de retenção que podem ser usados por crianças desde o nascimento até aos 105 centímetros de altura e com instalação Isofix. A partir do final de 2014 haverá no mercado sistemas de retenção com instalação por Isofix ou cinto de segurança de 100 a 150 centímetros.

Nos sistemas de retenção homologados pelo R129 deixa de existir a indicação do peso e passa a ser a estatura a ter como referência na escolha do sistema de retenção adequado, elimina-se os grupos de peso que se sobrepõem e passa a ser impossível transportar as crianças viradas para a frente antes dos 15 meses (melhor proteção para a cabeça e pescoço de bebés e crianças). Estes são alguns dos aspetos introduzidos que tornam as decisões dos pais/cuidadores mais fáceis e os erros de utilização menores. Introduziu-se, ainda, um acréscimo de proteção com os requisitos para embates laterais.

As cadeiras i-Size são compatíveis, somente, em veículos com assentos i-Size e ambos estão identificados com um distintivo próprio.



Figura 4 - Distintivo i-Size

(https://www.google.pt/search?q=R+129+i+size&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=EjkGVNW0BYH5yQOO0YLwAQ&ved=0CAYQ_AUoAQ&biw=1366&bih=599#facrc=_&imgdii=_&imgrc=suPxDug_UkX4IM%253A%3BtNG0JyEEOj8axM%3Bhttp%253A%252F%252Fconsejosconducir.racc.es%252Fuploads%252F20140227%252F280_iSize.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fconsejosconducir.racc.es%252Fes%252Fnueva-normativa-i-size%3B280%3B249)

Este novo regulamento introduz uma série de requisitos de forma a melhorar a segurança das crianças no automóvel e facilitar às famílias a escolha e utilização correta e adequada dos sistemas de retenção no transporte em automóvel (APSI, 2014d; United Nations, 2013).

3 - Família e Segurança Infantil

Um dos primeiros ambientes de socialização do indivíduo é a família, presente em todas as sociedades, atuando como mediadora principal dos padrões, modelos e influências culturais (Amazonas, Damasceno, Terto & Silva, 2003; Kreppner, 2000).

É ainda considerada a primeira instituição social que, em conjunto com outras, busca assegurar a continuidade e o bem-estar dos seus membros e da coletividade, incluindo a proteção e o bem-estar da criança (Dessen & Polonia, 2007).

Na nossa sociedade, a família é a primeira e a mais forte instituição com carácter de socialização, é um espaço onde a aprendizagem se realiza através da própria experiência da vida familiar (Amaro, 2006).

Kreppner (2000) refere que a família é vista como um sistema social responsável pela transmissão de valores, crenças, ideias e significados, presentes nas sociedades.

A família é ao mesmo tempo um sistema e um processo de interação e de integração dos seus membros (Dias, 2011).

As transformações tecnológicas, sociais e económicas favorecem as mudanças na estrutura, organização e padrões familiares e, também, nas expectativas e papéis dos seus membros (Dessen & Polonia, 2007).

Estas transformações, em conjunto com fatores políticos, culturais e demográficos, contribuíram de forma decisiva para as alterações na estrutura e dinâmica familiar. Incidindo, ainda, na organização, nas funções, nas relações, na complexidade e globalidade ao longo do desenvolvimento familiar, refletindo a evolução da época social, vivenciando estados diferentes (Dias, 2000; Leandro, 2001).

O que caracteriza o estilo de funcionamento da família é a maneira como cada uma lida com os acontecimentos diários e promove o crescimento e desenvolvimento da mesma. Não existem estilos certos ou errados, apenas estilos de funcionamento distintos que resultam da combinação de crenças e valores da família, padrões de interação familiar e competências da família (Dunst et al., 1988, cit. por Magina, 2011).

Os diferentes tipos de família são entidades dinâmicas com a sua própria identidade, compostas por membros unidos por laços de sanguinidade, de afetividade ou interesse e que

convivem por um determinado espaço de tempo durante o qual constroem uma história de vida que é única e irreplicável (Alarcão & Relvas, 2002; Amaro, 2006; Giddens, 1999, 2004).

O INE (2002) define família como o conjunto de indivíduos que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de fato) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011) define família como “Grupo: Unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (p.115).

Barros (2002) cita Castellan (1994), referindo-se à família como um grupo de indivíduos unidos pelos laços de sangue, que vivem sob o mesmo teto ou num mesmo conjunto de habitações e numa comunidade de serviços”.

A OMS, em 1994, ampliou o conceito de família, defendendo que “o conceito de família não pode ser limitado a grupos de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção”, definindo família como “qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum” (Gronita, 2007).

Desta forma, a família é considerada um espaço privilegiado para o desenvolvimento e educação salutar das crianças, sendo os padrões de interação familiar decisivos para o seu desenvolvimento e bem-estar e para a adoção de comportamentos corretos, nomeadamente de segurança em geral e particularmente na segurança rodoviária da criança enquanto passageiro de veículos automóveis.

É importante que se criem hábitos e rotinas e que os adultos sejam consistentes no seu comportamento e firmes nas suas atitudes. Desta forma, a criança poderá começar a perceber quais são as regras. Os pais ou cuidadores não devem ceder às birras quando insistem no uso da cadeirinha ou noutra medida de proteção. E também devem ser um exemplo a seguir. Apesar de a criança ser pequena, é muito observadora e imita sempre o comportamento dos adultos.

3.1. Intenção de Proteção *versus* Proteção Adequada

Considerados como seres humanos delicados, as crianças necessitam que os seus pais as protejam devidamente, quando transportadas em automóvel.

O investimento na prevenção dos acidentes contribuirá para uma abordagem integrada na área da promoção da saúde das crianças e adolescentes, beneficiando o seu desenvolvimento e bem-estar (APSI, 2012b)

O transporte em automóvel com sistema de retenção adequado pode evitar até 90% de lesões graves em caso de acidente, particularmente no RN (Ribeiro, Silva, Rocha, Carvalho & Fonseca, 2006).

Vários estudos revelam que cada vez mais os pais transportam os seus filhos em sistemas de retenção (Intenção de Proteção), mas nem sempre essa proteção é realizada de forma adequada (Proteção Correta).

Sandes e Levy (2004) averiguaram os conhecimentos dos pais acerca da regulamentação do transporte de crianças em automóvel e o seu cumprimento, realizando um estudo transversal exploratório, através da aplicação de um questionário anónimo de auto-preenchimento. Concluíram que 98% dos pais sabe da existência de uma lei que regulamenta o transporte de crianças em automóvel, contudo, 11% afirmou não ter SRC adequado à idade do seu filho. No entanto, em 64% dos transportes, estes foram relatados como realizados de forma correta.

Borges, Costa, Pinto e Costa (2005) realizaram um estudo analítico e aleatório, de modo a caracterizar a forma como os pais transportam os seus filhos em veículos motorizados ao serviço de urgência e o grau de informação sobre o transporte. Tendo por base um questionário aplicado aos pais das crianças atendidas no serviço de urgência (Hospital de São Miguel) sem motivo de urgência/emergência concluíram que o automóvel é o meio de transporte mais utilizado (99%) e que apenas 35% da amostra estudada transportava as crianças de forma correta (proteção correta), com base nas normas e dispositivos de segurança adequados e em vigor aquando do estudo.

Com o objetivo de avaliar a forma de transporte do RN após a alta hospitalar, conhecer as atitudes dos pais em relação ao transporte de crianças em automóvel e os fatores determinantes na decisão dos pais quanto ao meio de retenção a utilizar, Ribeiro et al.. (2006) realizaram um estudo numa amostra aleatória de puérperas aquando da alta do RN. Neste

estudo, 79% dos pais já tinha adquirido o sistema de retenção para transportar o seu RN, mas apenas 19% sabia utilizá-lo corretamente. O gosto pessoal foi determinante na escolha do modelo do sistema de retenção.

As razões evocadas pelos pais que ainda não tinham adquirido o sistema de retenção foram diversas, no entanto, a variável preço não foi considerada relevante. Nenhum dos participantes considerou desnecessário o uso de sistema de retenção.

Quanto à forma de transporte planeada para o transporte do RN após a alta da maternidade, apenas 43% respondeu optar pelo sistema de retenção adequado e destes apenas 44% (19% do total da amostra) iria colocá-lo corretamente no seu automóvel, ou seja, no banco traseiro no sentido oposto ao movimento e com cinto de segurança. Os 36 pais que tinham outros filhos, 23 (64%) transportavam-nos corretamente; porém, somente 6 (17%) planeavam transportar o RN também de modo adequado.

Como conclusão, os autores salientaram a forma incorreta de utilização do sistema de retenção e a evidente necessidade de intervenção antes da alta da maternidade e em antecipação, a nível dos cuidados de saúde primários.

Martins et al. (2008) realizaram um estudo transversal na Maternidade de um Hospital Universitário, com puérperas entre as 24 e as 48 horas pós-parto. Os autores pretendiam determinar os conhecimentos e respetiva fonte de informação das puérperas sobre transporte automóvel de RNs e crianças e ainda avaliar a sua intenção na forma de transportar os RNs à saída da maternidade. Concluíram que 92% das mães não considerava seguro o transporte ao colo no automóvel e 80,4% considerava mais seguro a utilização de sistema de retenção apropriado. Após a alta hospitalar, 72,8% tencionava utilizar o sistema de retenção (cadeira) apropriado, 18,5% a alcofa e 7,2% tencionava transportar o RN ao colo no percurso automóvel até ao domicílio. A intenção sobre o modo de transporte do RN no automóvel relacionou-se de forma significativa com a idade das mães, etnia, escolaridade e a paridade das mães. Apenas 52,6% das mulheres se encontravam bem informadas sobre o transporte automóvel seguro e 80,8% referiu a comunicação social como fonte de informação.

Na Maternidade do Hospital de Santo André foi realizado, por Bacalhau et al. (2010), um estudo analítico transversal com pais de crianças com idade inferior a 3 anos. Efetuaram ainda uma comparação com um estudo realizado em 2002, anteriormente à implementação na Maternidade do ensino sobre o transporte da criança a todos os pais, realizado pela equipa de enfermagem da maternidade e iniciado em março de 2004.

Foram analisados 135 inquéritos, as crianças da amostra apresentavam uma idade média de 13 meses (mínimo de 10 dias e máximo de 35 meses), com 75% das crianças pertencentes ao grupo etário inferior aos 18 meses.

A média etária dos pais inquiridos foi de 30,2 anos para a mãe (máximo de 42 e mínimo de 17 anos) e de 32 anos para o pai (máximo de 55 e mínimo de 20 anos). Tinham escolaridade obrigatória 82% das mães e 69% dos pais. O condutor habitual da criança era a mãe em 52% dos casos, o pai em 19%, qualquer um dos pais em 25% e outra pessoa em 4%. As crianças da amostra apresentavam uma idade média de 13 meses (mínimo de dez dias e máximo de 35 meses) e 75% pertenciam ao grupo etário inferior a 18 meses. Como fontes de informação acerca da utilização correta dos SRC, os 75% dos pais indicaram a maternidade, 37% a comunicação social e 29% os familiares e amigos. Menos de 15% dos pais referiram o médico de família ou pediatra como fonte de informação.

A compra do SRC foi realizada antes de a criança nascer em 93% dos casos e após alta da Maternidade do HSA, 98% dos RNs foram transportadas em SRC. Em relação ao SRC usado, 10% dos pais desconhecia se estava homologado e também não verificava regularmente o estado de conservação do SRC. Em relação ao local de transporte da criança, 87% dos pais referiu o banco de trás, 10% o banco da frente e 3% referiu ambas as localizações.

Foram ainda definidos os seguintes critérios de adequação de contenção de crianças em SRC para avaliação do transporte correto das crianças em automóvel:

- O SRC ser utilizado de forma constante, para percursos de qualquer distância;
- O SRC ser adequado ao peso da criança;
- A criança ser transportada sempre virada para trás até aos 18 meses e até aos 3 anos se transportada no banco da frente;
- Os cintos de segurança do veículo estarem sempre apertados;
- No caso das crianças transportadas no banco da frente e quando nesse lugar há um *airbag* frontal ativo, este estar desativado.

Os autores definiram como transporte adequado quando eram cumpridos todos os critérios e verificaram que, de um modo geral, o transporte da criança em SRC era realizado, supostamente, sem qualquer erro por 45% dos pais e de forma incorreta em 55% dos casos. A maior taxa de utilização incorreta dos SRC verificou-se em crianças com menos de 18 meses

de idade e o erro comum mais frequente era a posição de virado para a frente demasiado cedo (33%). Verificou-se uma relação, embora não estatisticamente significativa, entre a menor escolaridade dos pais e o transporte incorreto. A idade dos pais não teve relação com o transporte correto em automóvel. No entanto, em relação com o estudo de 2002 realizado no Hospital de Santo André, houve um aumento na utilização constante do SRC - Intenção de Proteção (2002: 74%, 2007: 88%) e uma diminuição na taxa da sua utilização correta-Proteção Correta (2002: 66%, 2007: 45%).

Existem também estudos efetuados na via rodoviária, de observação direta, do transporte das crianças em veículo automóvel ligeiro.

Em 2008, uma iniciativa do Dia Internacional da Criança, foi promovido pela Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CEESIP) da Ordem dos Enfermeiros, um estudo do tipo exploratório, com uma amostra de 729 condutores de veículos motorizados, intercetados em “Operações Stop” nas capitais de distrito de Lisboa, Porto, Coimbra, Braga, Faro, Vila Real, Ponta Delgada, Funchal, Horta e Angra de Heroísmo. Foi utilizado um questionário onde se realizava a caracterização sociodemográfica do condutor e a avaliação, por observação, das condições de transporte dos passageiros, principalmente as crianças (Aparício, 2009).

Os grupos intervenientes, liderados por um elemento do CEESIP, foram constituídos por enfermeiros e elementos das forças de segurança (Policia de Segurança Pública-PSP e Guarda Nacional Republicana – GNR).

As «Operações Stop» foram realizadas em locais com grande probabilidade de passagem de veículos motorizados transportando crianças (proximidade com centros comerciais, zonas de lazer, etc.) e também locais com boa visibilidade e espaço para paragem dos veículos.

Aos elementos da amostra foi realizada uma primeira abordagem por um elemento da força de segurança, sendo explicado o motivo e o carácter educativo da operação, procedendo-se depois à observação da segurança no transporte de todos os ocupantes e à sua adequação sempre que necessário. Após o preenchimento do questionário foi feito por outro elemento do grupo foi entregue um folheto educativo, elaborado pela CEESIP.

Dos condutores que participaram na iniciativa, 71,6% era do sexo masculino e 28,4% do sexo feminino, idade máxima de 78 anos e mínima de 18 anos (Média=37 anos) e 38,5 dos condutores com a escolaridade obrigatória. Verificou-se que 79,8% das crianças viajava com

SRC; não se verificaram diferenças significativas em relação ao sexo do condutor e às habilitações literárias e a não utilização dos SRC.

Observou-se, por ordem decrescente, uma maior percentagem de crianças transportadas sem sistema de retenção em Braga (25%), Ponta Delgada (24,4%), Funchal (23,9%), Lisboa (22%), Porto (18,8%), Angra do Heroísmo (15%), Coimbra (11,6%). Os locais onde essa prática era menos significativa foram Faro e Horta (7,1%) e Vila Real (3%). As crianças que não usavam sistema de retenção, na sua maioria viajavam «à solta» no automóvel (74,6%), «ao colo» (8,4%) ou noutras situações de insegurança, como “na bagageira”.

O transporte das crianças com SRC era realizado de forma adequada em 71% dos casos. Observado por regiões, verificou-se que em Vila Real este comportamento era o mais adequado (93,8%), seguido da cidade da Horta (92,3%), Coimbra (87%), Lisboa (76,9%), Angra do Heroísmo (66,2%), Funchal e Ponta Delgada (63%) e, por último, o Porto e Faro (61,5%). Os erros encontrados na utilização do SRC, foram o “viajar à frente sem cinto” (20,9%), “arnês mal colocado” (20,4%), utilização do “SRC não adequado à idade” (19,1%), utilização incorreta do cinto de segurança” (14,9%), ”indevidamente virado para a frente” (5,9%), “cadeira mal colocada” (4,7%) e “sem apoio de cabeça”.

Verificou-se, ainda, a presença de objetos à solta no automóvel (malas/mochilas, brinquedos, guarda-chuvas, objetos perfurantes, livros e ferramentas) e de adultos sem cinto de segurança, constituindo, tudo isto, riscos acrescidos no transporte rodoviário, pela facilidade de contribuírem para lesões graves, resultantes do seu impacto.

Questionou-se, ainda, o condutor, se num percurso de 100 metros colocava o cinto de segurança e se na mesma situação, utilizava o SRC. Os resultados indicaram que este comportamento é mais assumido pelos pais/substitutos (sempre – 79,8%; às vezes – 11,2%), do que em relação às crianças (sempre – 71,1%; às vezes – 18,1%).

Estes resultados comprovam que apesar da tendência para o crescimento da intenção de proteção das crianças no automóvel, esta ainda não é assumida com a mesma frequência com que é usado o cinto pelo condutor (Aparício, 2009).

Também a APSI realiza desde 1996, em ambiente de autoestrada, estudos de observação da forma como as crianças, até aos 12 anos, são transportadas em veículos ligeiros de passageiros. O objetivo deste estudo foi a avaliação da evolução: a) da taxa de utilização de

sistemas de retenção por crianças (intenção de proteção); b) da taxa de utilização correta dos sistemas de retenção (proteção correta) (APSI, 2014a).

Os resultados obtidos em 2012 e 2013 estão descritos na tabela 3.

Tabela 3 - Estudo de observação do transporte de crianças até aos 12 anos

	Total de Crianças		Grupos Etários			
	0-12 anos		0-3 anos		4-12 anos	
2012	Intenção	Proteção	Intenção	Proteção	Intenção	Proteção Correta
	Proteção	Correta	Proteção	Correta	Proteção	
	84,88%	54,12%	92,76%	46,10%	82,12%	57,29%
	0-12 anos: n=1759		0-3 anos: n=456		4-12 anos: n=1303	
2013	Intenção	Proteção	Intenção	Proteção	Intenção	Proteção Correta
	Proteção	Correta	Proteção	Correta	Proteção	
	86,11%	51,25%	90,83%	51,78%	84,54%	51,06%
	0-12 anos: n=2368		0-3 anos: n=589		4-12 anos: n=1779	

Fonte: APSI, 2012a, 2014a

Os resultados deste estudo, em 2013, revelaram que 14% das crianças (entre os 0 e 12 anos de idade) viaja sem qualquer proteção (ao colo ou à solta); no grupo das crianças entre os 4-12 anos, esta proteção é mais elevada.

No grupo das crianças que utilizavam sistema de retenção (86%), apenas 51% era transportada corretamente. A intenção de proteção é maior entre os 0 e 3 anos (91%), contrariamente aos 85% no grupo dos 4 aos 12 anos.

Em relação a 2012, constatou-se um aumento da taxa de utilização de SRC no grupo etário dos 4 aos 12 anos (82,1% em 2012; 84,5% em 2013). No grupo dos 0 aos 3 anos, a taxa de utilização de cadeirinhas desceu 2%, aproximadamente, de 92,8% para 90,8%.

Nos 18 estudos de observação realizados pela APSI, verificou-se um aumento progressivo da utilização dos sistemas de retenção (intenção de proteção), que se acentuou entre 2004 e 2005, sobretudo no grupo das crianças entre os 4 e os 12 anos; nos anos subsequentes verifica-se uma tendência constante de crescimento, com flutuações muito ligeiras (APSI, 2014a).

Em relação à proteção correta, apenas metade das famílias transporta as suas crianças com sistema de retenção de forma correta (APSI, 2014a).

Na figura 5 apresentamos a evolução da intenção de proteção e proteção correta entre 1996 e 2013.

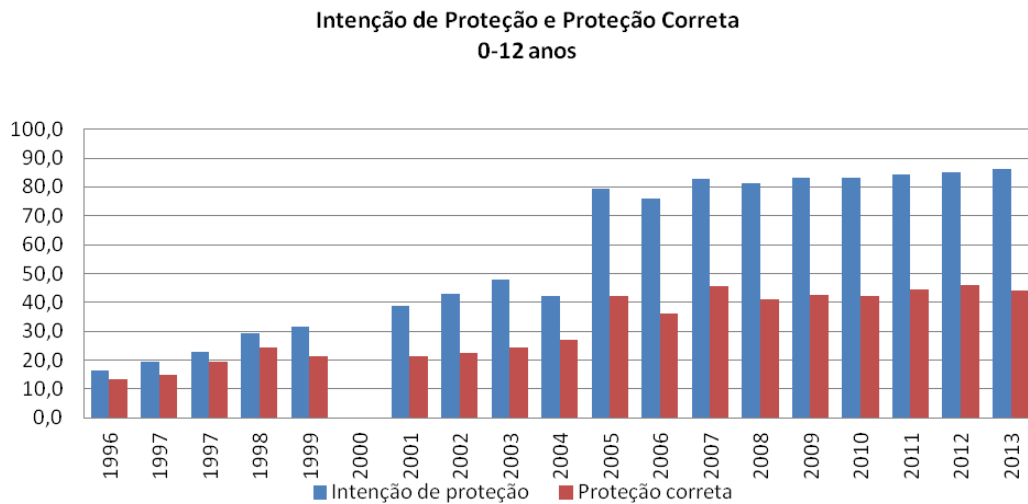


Figura 5 - Intenção de proteção e proteção correta: evolução entre 1996 e 2013

(<http://apsisegurancainfantil.blogspot.pt/2014/07/estudo-de-observacao-do-transporte-de.html>)

Da análise do gráfico podemos constatar que a intenção de proteção tem vindo a aumentar e a proteção correta tem estabilizado ao longo dos anos, denotando-se um ligeiro decréscimo entre 2012 e 2013.

Outro estudo realizado pelo GAS, em 2013, num local de entrega e recolha de crianças numa escola, com uma amostra de 70 pais/cuidadores, revelou que 14,3% das crianças eram transportadas sem segurança (53,8% em crianças com idade 9-10anos e 28,6% com idade entre 3-5 anos). Dentro destes, 31,3% viajava sem sistema de retenção e 31,1% com um sistema de retenção inadequado (Aparício & Rebelo, 2013).

A mesma associação realizou no Dia Mundial da Criança em 2014, um estudo transversal e descritivo, numa amostra intencional constituída por 74 pais/condutores de automóveis, em que 77% da amostra pertencia ao sexo masculino, com uma média de idade de 37,4 anos. As crianças transportadas (105) tinham uma média de idade = 6,55 anos. Realizou-se uma avaliação do transporte rodoviário durante uma operação STOP em parceria com autoridades locais, sendo aplicado um questionário demográfico e realizado o registo dos dados observados na forma como a criança enquanto passageira era transportada. Constataram que todos os condutores usavam cinto de segurança e 42,5% possuíam 12º ano de escolaridade. No que respeita ao transporte das crianças, 92,4% usavam SRC, dos quais 47,6% de forma incorreta; este facto não se relacionou com o sexo e escolaridade do condutor, especialmente nas crianças entre os 6 e 11 anos. Também numa distância de 500 metros os pais/condutores afirmaram usar cinto de segurança (94,6%), colocarem sempre as

crianças no SRC (79,7%), não usarem o SRC em (8,6%) e viajarem em SRC inadequado em (44,9%). Concluíram não se verificar nenhuma relação significativa entre a intenção de proteger e a proteção efetiva (Aparício & Rebelo, 2014).

No estudo transversal de Sousa et al. (2014), com uma amostra por conveniência e realizado em dois períodos, maio de 2006 e maio de 2010, observou-se o uso correto dos equipamentos de proteção no veículo, à chegada das crianças à escola. Foram, em 2006, avaliados 410 automóveis e 544 em 2010. Observou-se que, em 2006, 5 crianças ocupavam o banco da frente sem o uso do cinto de segurança, em 2010 esse número foi de 42. Em 2006, dos veículos observados apenas 90 (21,95%) transportavam as crianças de maneira correta, em 2010 foram observados 458 veículos que transportavam crianças no banco de trás, 214 de forma correta, ou seja, 46,72%.

Em comparação dos dois estudos, os autores concluíram que houve um início de mudança no comportamento dos condutores no que se refere à segurança no transporte de crianças em automóveis com melhoria significativa de 25%. Esta mudança de atitude da população deveu-se após as campanhas feitas pelos meios de comunicação e da obrigatoriedade da lei no transporte de crianças.

Entretanto, em Portugal, na Campanha 2014 do Automóvel Clube de Portugal (ACP) analisou-se a segurança das crianças no transporte automóvel, do ponto de vista da prevenção e uso de sistemas de retenção, com dados auto reportados. Verificou-se que 98% dos inquiridos afirmou transportar corretamente as crianças dentro do automóvel e apenas 2% respondeu que não.

Contudo, dados da Guarda Nacional Republicana, entre janeiro e setembro de 2014, reportavam 1 302 infrações por falta de SRC (Agência Lusa, 2014). Estes números aumentaram em outubro para 1489 (<http://sol.pt/noticia/118848>).

A APSI refere que a utilização incorreta e/ou desadequada dos SRC está relacionada, na maior parte dos casos, com a falta de informação correta, consistente e clara às famílias (APSI, 2010).

A utilização de SRC constitui uma forma de proteção eficaz na prevenção de mortes e ferimentos graves provocados por acidentes rodoviários. De facto, estudos realizados pela APSI demonstraram que a redução da mortalidade infantil relacionada com acidentes rodoviários foi paralela ao aumento da utilização de SRC (Bacalhau et al., 2010).

Os pais devem adquirir hábitos seguros desde o primeiro dia de vida do bebé, constituindo esse um dos períodos mais sensíveis para abordar temas relativos à sua proteção e segurança. Existem algumas regras muito simples que ajudam a evitar a maioria dos acidentes e, portanto, a poupar muitas vidas, incapacidades, idas ao hospital e, igualmente, muito sofrimento. O uso de um sistema de retenção adequado no transporte do RN em automóvel deve ser realizado de forma correta logo à saída da maternidade.

2ª PARTE

ESTUDO EMPÍRICO

1 - Metodologia

Um estudo de investigação insere um processo ordenado, que leva o investigador a percorrer uma série de etapas, desde a definição do problema à obtenção de resultados (Fortin, Côté & Vissandjée, 2003).

Burns e Grove (2001), definem a investigação como um processo sistemático, visando validar conhecimentos já adquiridos e produzir novos que, de forma direta ou indireta, influenciarão a prática (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Igualmente, Gil (2006) entende que o desígnio da metodologia científica é o de proporcionar um plano que possibilite seguir pelo melhor caminho, adotando uma série de procedimentos intelectuais e técnicos que permitam atingir o conhecimento. Pocinho (2012) adiciona que o caminho correto garante a possibilidade de confirmação ou infirmação das nossas observações. O rigor e a sistematização devem estar presentes em qualquer investigação (Fortin et al., 2009).

Com base no quadro teórico elaborou-se este capítulo, onde iremos dar a conhecer as opções metodológicas concretizadas ao longo deste estudo, assim como o tipo de abordagem metodológica efetuada, as questões de investigação, o método utilizado para seleccionar a amostra e a sua caracterização, o instrumento de recolha de dados aplicado e os procedimentos efetuados na recolha e tratamento dos dados obtidos.

1.1 - Métodos

A seleção do tema "Segurança rodoviária infantil: conhecimentos e atitudes dos pais na utilização do sistema de retenção no recém-nascido" pela investigadora, está relacionado

com o facto da segurança infantil e especificamente a utilização dos sistemas de retenção ser um assunto de especial interesse pessoal e profissional. Torna-se importante saber se os fatores sociodemográficos influenciam os conhecimentos e as atitudes na intenção de proteção e principalmente na proteção correta dos RNs em sistemas de retenção. Decidimos centrar o nosso estudo na avaliação dos conhecimentos e atitudes dos pais no uso dos sistemas de retenção, de forma a perceber se o transporte do RN, enquanto passageiro de um automóvel após a alta da maternidade, será feito de forma adequada, em segurança, reconhecendo, no entanto, que existam outros fatores sociais e experienciais que possam contribuir para a forma como o transporte dos RNs é realizado.

As preocupações com a segurança do RN começam desde o nascimento. Os acidentes rodoviários são a principal causa de morte e incapacidade temporária ou definitiva de crianças e jovens em Portugal. O transporte de crianças, em automóvel, deve ser sempre realizado com um SRC. Desde a alta da maternidade que o RN deve ser transportado no automóvel de forma segura, pelo que os pais devem possuir um sistema de retenção adequado e conhecimento da sua correta utilização, de forma a diminuir os riscos de lesão em caso de acidente.

Embora se verifique um aumento da intenção de proteção, o mesmo não se verifica na proteção correta.

Após a formulação do problema, foram definidas, claramente, as questões de investigação e os objetivos, pois conduzem necessariamente a uma explicação da razão do estudo (Fortin et al., 2009).

Desta forma, a questão de investigação é uma interrogação precisa, escrita no presente, e que inclui o (s) conceito (s) em estudo. Indica claramente a direção que se entende tomar, quer seja descrever conceitos ou fenómenos, como nos estudos descritivos, quer seja explorar relações entre os conceitos, como nos estudos descritivos-correlacionais (Fortin et al., 2009).

Suportado pelo que referem os estudos realizados nesta área e no sentido de dar resposta às nossas inquietações, surgiram, deste modo, as seguintes questões de investigação:

- Qual a influência do processo de aquisição do SRC nos conhecimentos e atitudes dos pais no uso do sistema de retenção para crianças?
- Qual a relação das variáveis sociodemográficas dos pais nos seus conhecimentos e atitudes no uso do sistema de retenção para crianças?
- Será que os conhecimentos são mediadores das atitudes dos pais na aquisição e uso do sistema de retenção para crianças?

Para dar resposta às nossas questões, definimos objetivos que indicam a razão da nossa investigação. Desta forma, os objetivos do estudo são:

- Caracterizar os conhecimentos e atitudes dos pais no uso dos SRC;
- Analisar a influência do processo de aquisição nos conhecimentos e atitudes dos pais no uso dos SRC;
- Identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e os conhecimentos e atitudes dos pais no uso dos SRC;
- Determinar se os conhecimentos são mediadores das atitudes dos pais no uso dos SRC.

1.1.1 - Tipo de estudo

Em todos os estudos de investigação, a escolha do método a utilizar depende da orientação do investigador, das suas crenças, da sua preferência e, sobretudo, da questão de investigação e das relações que se pretendem estabelecer entre as variáveis (Fortin et al., 2009).

Para a concretização do nosso estudo optamos pelo método quantitativo, pois integra um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, envolve uma colheita de informação numérica, num determinado momento ou período compatível com o estudo que pretendemos desenvolver e recorre a procedimentos estatísticos para análise da informação (Fortin et al. 2003).

É uma investigação não experimental porque não visa manipular as variáveis em estudo, contudo, a nossa intenção é obter evidências para explicar a ocorrência de um determinado fenómeno, ou seja, facultar um determinado sentido de causalidade (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2003).

O nosso estudo é do tipo descritivo correlacional, transversal, realizado numa amostra não probabilística, intencional por conveniência. Sendo um estudo transversal, “caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo” (Campana, 2001, p.129).

Como estudo descritivo e correlacional, permite recolher informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisem, especificando as suas

propriedades e características e tem, ainda, como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (Hernández Sampieri et al., 2003). Fortin (2003) refere ainda que “assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente para influenciar estas variáveis” (p.371). É assim um estudo correlacional, pois o seu propósito é verificar a influência das variáveis independentes (características sociodemográficas dos participantes, o processo de aquisição e o nível de informação dos pais) na variável moderadora (conhecimentos dos pais sobre sistemas de retenção), e a influências de todas na variável dependente (as atitudes no uso dos sistemas de retenção para crianças).

Face à problemática em estudo e às relações que se pretendem estabelecer entre as variáveis foi elaborado o desenho conceptual da investigação, representado esquematicamente na figura 6.

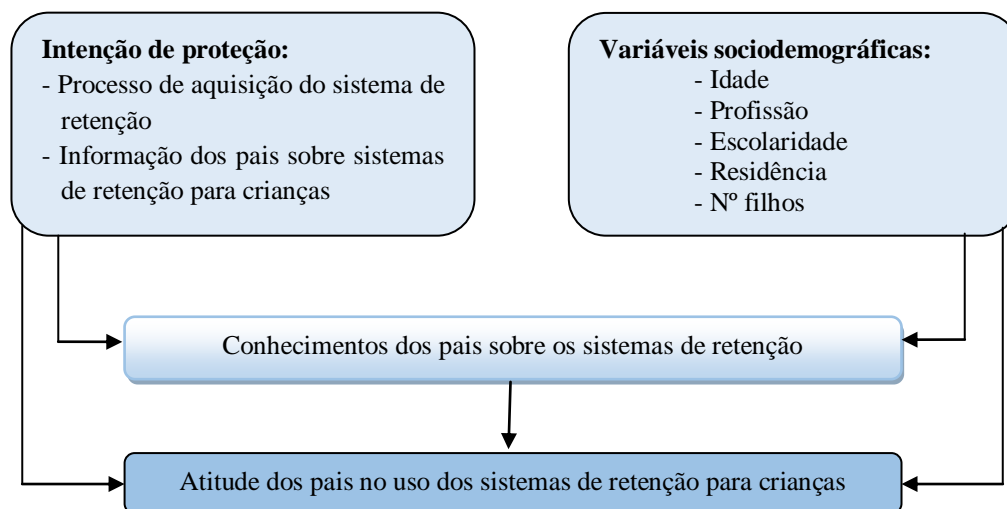


Figura 6. Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis

1.1.2 - Critérios de operacionalização das variáveis

A operacionalização de um conceito consiste num processo pelo qual um constructo é traduzido ou transposto, segundo fenómenos observáveis e mensuráveis. Implica que o conceito se torne explícito, especificando as suas dimensões e determinando os indicadores que serão utilizados para o medir. Este processo começa no próprio conceito, as dimensões que o explicitam, a sua significação, os indicadores empíricos e as medidas (Fortin et al., 2009).

Para uma melhor abordagem das variáveis, efetuou-se a recodificação de algumas e para a sua classificação procedeu-se ao estudo psicométrico de validação e consistência interna das escalas dos indicadores do processo de aquisição, dos indicadores de homologação do SRC e da escala das sugestões. Apresentamos, de seguida, a operacionalização realizada das questões (cf. tabela 4).

Tabela 4 - Operacionalização das variáveis

Variáveis	Operacionalização
Idade	Avaliado em função da mãe e do pai e classificado/recodificada em três grupos Mãe: ≤ 28 anos; 29-31anos; ≥ 32 anos Pai: ≤ 31 anos; 32-35anos; ≥ 36 anos
Profissão	Utilizados os grupos profissionais descritos na Classificação Nacional de Profissões. Composto por 9 grupos: - Grupo 1: Quadros superiores da Administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa - Grupo 2: Especialistas das profissões intelectuais e científicas - Grupo 3: Técnicos e profissionais de nível intermédio - Grupo 4: Pessoal administrativo e similares - Grupo 5: Pessoal dos serviços e vendedores - Grupo 6: Agricultores, e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas - Grupo 7: Operários, artífices e trabalhadores similares - Grupo 8: Operadores de Instalações e máquinas e trabalhadores da montagem - Grupo 9: Trabalhadores não qualificados
Escolaridade	Avaliado em função da mãe e do pai e recodificado em três grupos: Até ao 9º ano, Secundário, Superior
Residência	Agrupados por distrito de residência: Vila Real; Viseu; Porto; Outras cidades
Número de filhos	Classificado em: 1 filho, 2, 3, 4
Número de RNs	Classificado em: Um recém-nascido e Gémeos
Meio de transporte	Agrupado em: automóvel e outros meios de transporte
Transporte do RN	Agrupado em: colo; alfofa e cadeirinha
Condições do SRC	Classificado em: novo; usado
Anos de utilização do SRC	Classificado em: ≤ 2 anos; 3-4 anos e ≥ 5 anos

• Atitudes

Doron e Parot (2001) consideram atitude como uma disposição interna do indivíduo face a um elemento do mundo social (grupo social, problema de sociedade, etc), que orienta a conduta que ele adota em presença, real ou simbólica, desse elemento.

Alguns autores definem atitude como uma estrutura integrativa tridimensional, tendo um carácter ao mesmo tempo cognitivo (julgamentos, crenças e saberes), afetivo (sentimentos favoráveis ou desfavoráveis) e conativo (tendência de ação) (Askevis-Leherpeux, 2001).

Para operacionalizar a variável “*Atitudes*” dos pais no transporte do RN em SRC, foi utilizado a questão 6.1 do instrumento, constituída por 11 itens cotados de forma dicotómica, onde “sim= 1” e “não= 0”, considerando-se como atitude correta a resposta “Sim” nos itens 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10 e “Não” nas afirmações 3, 4, 8 e 11 (sendo estas cotadas no sentido inverso).

Desta forma, para caracterizar as atitudes dos pais no transporte do RN em SRC, consideramos **atitudes corretas** quando os pais responderam corretamente a todos os itens assinalados atrás e atitudes **incorretas**, quando responderam de forma incorreta nos itens definidos.

• **Indicadores do processo de aquisição do SRC**

Os itens que avaliam os indicadores no processo de aquisição do SRC são o 9, 11 e 12.

A questão 9 é composta por 13 itens avaliados em escala tipo *Likert* com cinco opções de resposta entre “nada importante” a “muito importante”. Para facilitar a sua análise, estas foram recodificados em três opções de resposta “Nada/pouco importante”, “Importante” e “Bastante/muito importante”.

Para procedermos ao estudo da questão 9, escala dos indicadores de valorização na aquisição do SRC, foi efetuado o estudo psicométrico que apresentamos de seguida.

Estudo Psicométrico da Escala dos Indicadores de Valorização na Aquisição do SRC

Para classificar os indicadores que os pais valorizam na aquisição do SRC, foi efetuada a análise fatorial, de modo a ser analisado a validade do conteúdo, posterior estudo dos componentes principais e determinação do alfa de *Cronbach* para análise da consistência interna e finalmente a determinação dos fatores através do método de *Scree plots*.

Reportando-nos aos resultados de fiabilidade, na tabela 5 são apresentadas os valores das estatísticas, médias e desvio padrão e as correlações entre cada item, indicando-nos como este se combina com o valor global.

Em relação aos valores médios e respetivos desvios padrão, poderemos observar que todos os itens se encontram bem centrados, uma vez que se situam acima do ponto médio da

escala, oscilando entre os 2,51 no item 3 “o *design* da cadeira” e os 4,62 no item 5 “a segurança da cadeira”.

No que se refere às correlações do item total corrigido, estas apresentam valores positivos e significativos e todos os valores se encontram acima de 0,2, o que nos permite afirmar que se encontram bem centrados e nenhum item foi eliminado, pelo que foi efetuada a análise fatorial exploratória, utilizando o método Kaiser-Meyer-Olkin (*KMO*) e o teste de esfericidade de *Bartlett*.

A correlação máxima é obtida no item 10 ($r=0,472$) “O facto de poder usá-la tanto virada para a frente como para trás”, apresentando 42,3% da sua variabilidade.

Os valores de alfa de *Cronbach* variam entre 0,659 no item 10 e o mais elevado (0,699) no item 13, embora baixos, podemos considerá-los razoáveis, por se encontrarem próximos do 0,7 e em ciências sociais são aceitáveis valores de alfa de 0,6 (Marôco, 2011).

A consistência interna, obtida pelo coeficiente de bipartição e método das metades ou de *Split Half* revela para a primeira metade um valor de alfa de *Cronbach* ($\alpha=0,600$), e para a segunda parte um valor mais fraco ($\alpha=0,585$).

Tabela 5 - Consistência interna dos itens da escala dos indicadores de valorização na aquisição do SRC

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	r ²	α sem item
1	O preço da cadeira	2,70	1,116?	0,241	0,294	0,695
2	As recomendações do vendedor/especialista	3,47	0,910	0,328	0,294	0,682
3	O <i>design</i> da cadeira (imagem)	2,51	0,878	0,448	0,419	0,668
4	O prestígio da marca	2,57	1,008	0,327	0,293	0,681
5	A segurança da cadeira	4,62	0,685	0,234	0,248	0,693
6	A homologação europeia	3,96	1,090	0,281	0,526	0,688
7	A faixa de peso a que se destina	4,17	0,945	0,400	0,495	0,672
8	O facto de poder experimentar no automóvel	3,29	1,158	0,339	0,345	0,680
9	Poder utilizá-la o mais tempo/anos possível	3,10	1,033	0,300	0,373	0,685
10	O facto de poder usá-la tanto virada para trás como para a frente	3,15	1,116	0,472	0,423	0,659
11	O peso da cadeira	3,01	1,061	0,357	0,306	0,677
12	Que a cadeira abranja simplesmente um grupo de peso (0+-até aos 13 Kg)	3,30	1,091	0,302	0,277	0,685
13	Que a cadeira abranja vários grupos de peso (Grupo 0+/I ou I)	2,89	1,077	0,202	0,211	0,699
Coeficiente <i>Split Half</i>			Primeira metade = 0,600 Segunda metade = 0,585			
Coeficiente alfa de <i>Cronbach</i> global				0,699		

Para o estudo psicométrico de validação e consistência interna da escala dos indicadores de valorização na aquisição do SRC, foi efetuada rotação ortogonal do tipo *varimax* e extração dos fatores com *eigenvalues* >1. Dos resultados obtivemos três fatores que explicam 47,78% da variância total. O Fator 1 - *Certificação do SRC*, constituído pelos itens

2, 5, 6 e 7 com uma variância explicada de 16,77%, o Fator 2 - *Características do SRC*, formado pelos itens 1, 3, 4, 11 e 12 com uma variância explicada de 15,84% e o Fator 3 - *Facilidade na utilização*, originado pelos itens 8, 9, 10 e 13 com uma variância explicada de 15,16%.

Verificamos assim que a estrutura relacional dos indicadores de valorização na aquisição do SRC é explicada por três fatores latentes, variando os pesos fatoriais entre 0,436 e 0,816.

Na tabela 6 apresenta-se os pesos fatoriais após rotação *varimax*. Apesar das *comunalidades* serem baixas nos itens 2, 4, 8, 11 e 13, decidiu-se mantê-los visto as saturações/item serem todas >0,4.

Tabela 6 - Pesos fatoriais após rotação *varimax* dos indicadores de valorização na aquisição do SRC

Itens	Fatores			h ²
	1	2	3	
2	0,439			0,265
5	0,696			0,526
6	0,816			0,701
7	0,793			0,646
1		0,743		0,573
3		0,652		0,566
4		0,523		0,346
11		0,436		0,303
12		0,637		0,514
8			0,589	0,396
9			0,761	0,583
10			0,542	0,471
13			0,565	0,321

A ordenação fatorial foi confirmada pelo gráfico de *Scree Plot* que se apresenta de seguida (figura 7).

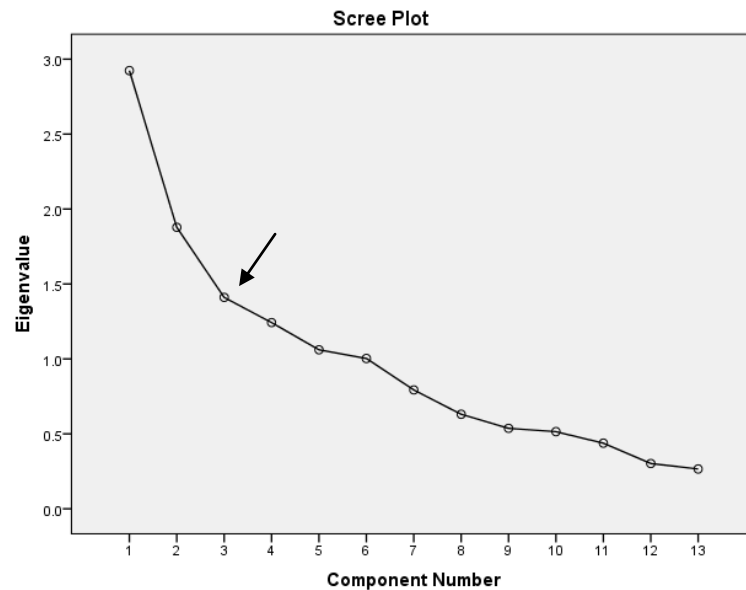


Figura 7 - Variâncias de *Scree Plot* dos indicadores de valorização na aquisição do SRC

Na tabela 7 apresentamos os parâmetros de validade e de precisão dos indicadores de valorização na aquisição do SRC. Analisando o Fator 1, *Certificação do SRC*, obtivemos valores razoáveis em dois itens, uma vez que oscilam entre $r=0,639$, no item 5 “A segurança da cadeira” e $r=0,719$, no item 2 “As recomendações do vendedor/especialista”. Nos outros itens obtivemos valores de alfa de *Cronbach* baixos, entre $r=0,486$, no item 6 “A homologação europeia” e $r=0,539$, no item 7 “A faixa de peso a que se destina”. O item 6 é o que exprime maior variabilidade (44,8%) e o item 2 a menor (0,9%).

Para o Fator 2, designado de *Características do SRC*, o item que mais se relaciona com os restantes é o item 3 ($r=0,464$) “O design da cadeira (imagem)” com 24,6% de variabilidade, o que comprova a forte correlação e importância dos seus resultados para esta subescala. Obtivemos valores de alfa de *Cronbach* baixos, oscilando entre $r=0,512$ no item 3 e $r=0,597$ no item 11 “O peso da cadeira”.

No Fator 3, *Facilidade na utilização*, o menor valor situa-se no item 13 ($r=0,187$) “Que a cadeira abranja vários grupos de peso (Grupo 0+/1 ou 1)”, explicando 5,7% da sua variabilidade. O item com maior valor correlacional é o 9 “Poder utilizá-la o mais tempo/anos possível” com $r=0,477$ e 23,8% de variabilidade. Quanto à consistência interna, obtivemos valores de alfa de *Cronbach* oscilando entre $r=0,592$ no item 13 e 0,361 no item 9, podendo ser classificados de fracos (Pestana & Gageiro, 2005).

Tabela 7 - Consistência interna dos itens dos indicadores de valorização na aquisição do SRC por subescala

Item		r/item total	r ²	α sem item
Fator 1 - Certificação do SRC				
2	As recomendações do vendedor/especialista	0,280	0,097	0,719
5	A segurança da cadeira	0,428	0,186	0,639
6	A homologação europeia	0,618	0,448	0,486
7	A faixa de peso a que se destina	0,559	0,426	0,539
Fator 2 - Características do SRC				
1	O preço da cadeira	0,406	0,201	0,530
3	O <i>design</i> da cadeira	0,464	0,246	0,512
4	O prestígio da marca	0,360	0,204	0,555
11	O peso da cadeira	0,279	0,110	0,597
12	Que a cadeira abranja simplesmente um grupo de peso (0+-até aos 13 Kg)	0,327	0,147	0,573
Fator 3 - Facilidade na utilização				
8	O facto de poder experimentar no automóvel	0,352	0,187	0,462
9	Poder utilizá-la o mais tempo/anos possível	0,477	0,238	0,361
10	O facto de poder usá-la tanto virada para trás como para a frente	0,343	0,128	0,470
13	Que a cadeira abranja vários grupos de peso (Grupo 0+/I ou I)	0,187	0,057	0,592

Na tabela 8 comparamos os resultados da consistência interna obtida nos indicadores de valorização na aquisição do SRC. Os valores de alfa de *Cronbach* dos três fatores no nosso estudo variam entre um valor razoável no fator 3 de $\alpha=0,552$ e aceitável nos fatores 1 e 2 ($\alpha=0,676$ e $\alpha=0,615$). O coeficiente de *Split Half* apresenta índices mais baixos, uma vez que existe tendência do valor do alfa diminuir face à redução do número de itens.

O valor do alfa global total é maior que os valores de alfa para cada fator.

Tabela 8 - Alfa de *Cronbach* dos indicadores de valorização na aquisição do SRC

Subescalas	Nº itens	Alfa de <i>Cronbach</i>		
		(Split Half)		Alfa global
		Parte 1	Parte 2	
Fator 1 - Certificação do SRC	4	0,353	0,772	0,676
Fator 2 - Características do SRC	5	0,626	0,466	0,615
Fator 3 - Facilidade na utilização	4	0,572	0,237	0,552
Fator Global - Indicadores de valorização na compra do SRC	13	0,600	0,585	0,699

Na tabela 9 apresentamos a validade discriminante do item evidenciado pela “diferença entre a correlação do item com a escala a que pertence por comparação com a correlação do item com as escalas a que não pertence” (Ribeiro, 1999, p.553).

Tabela 9 - Correlação dos itens com as subescalas e escala global dos indicadores de valorização na aquisição do SRC

Nº item	Itens	F1	F2	F3	F total
1	O preço da cadeira	0,104	0,682	0,039	0,413
2	As recomendações do vendedor/especialista	0,583	0,167	0,271	0,456
3	O <i>design</i> da cadeira (imagem)	0,080	0,663	0,399	0,558
4	O prestígio da marca	0,084	0,616	0,256	0,468
5	A segurança da cadeira	0,629	-0,006	0,146	0,337
6	A homologação europeia	0,841	0,132	0,042	0,439
7	A faixa de peso a que se destina	0,782	0,203	0,204	0,524
8	O facto de poder experimentar no automóvel	0,207	0,185	0,731	0,448
9	Poder utilizá-la o mais tempo/anos possível	0,032	0,185	0,731	0,448
10	O facto de poder usá-la tanto virada para trás como para a frente	0,216	0,396	0,663	0,606
11	O peso da cadeira	0,106	0,564	0,344	0,502
12	Que a cadeira abranja simplesmente um grupo de peso (0+-até aos 13 Kg)	0,196	0,608	0,099	0,457
13	Que a cadeira abranja vários grupos de peso (Grupo 0+/I ou I)	0,124	0,138	0,537	0,366

A determinação da matriz de correlação entre os diversos fatores e o valor global da escala é um dos aspetos importantes no estudo de validação da escala. Segundo Marôco (2011), as correlações não devem ser demasiado elevadas pois esta ocorrência indica-nos que os itens são redundantes, sendo preferível uma correlação moderada entre si, facto que revela uma sensibilidade a facetas diferentes do mesmo constructo. Pelos resultados obtidos apresentados na tabela 10, verifica-se que as correlações entre os três fatores dos indicadores de valorização na aquisição do SRC e o seu valor global são na sua totalidade positivas e significativamente correlacionadas, o que nos permite afirmar que quanto maiores os valores dum fator maior o valor do outro com a qual se correlaciona, ou vice-versa. Os valores correlacionais oscilam entre o muito baixo no fator 2 *versus* fator 1 ($r=0.185$) e fator 3 *versus* fator 1 ($r=0.224$) e o baixo na relação no fator 3 *versus* fator 2 ($r=0.346$).

Tabela 10 - Matriz de correlação de *Pearson* entre subescalas e os indicadores de valorização na aquisição do SRC

	F1 Certificação do SRC	F2 Caraterísticas do SRC	F3 Facilidade na utilização
F2 - Características do SRC	0,185	—	—
F3 - Facilidade na utilização	0,224*	0,346**	—
Indicadores de valorização na aquisição do SRC	0,618**	0,759**	0,738**

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

• Valorização dos indicadores de homologação

Na questão 10 encontramos os itens de avaliação dos indicadores de homologação. É constituída por 12 itens classificados segundo uma escala com seguintes possibilidades de resposta: “Sim” e “Não”.

Para procedermos ao estudo da questão 10, escala dos indicadores de valorização de homologação do SRC, foi realizado o estudo psicométrico que apresentamos de seguida.

Estudo Psicométrico da Escala dos Indicadores de Homologação

De modo a categorizar os indicadores que os pais valorizam na homologação, foi realizada a análise fatorial, de forma a ser analisada a validade do conteúdo, em seguida o estudo dos componentes principais e determinação do alfa de *Cronbach* para análise da consistência interna e, por fim, a determinação dos fatores através do método de *Scree Plot*.

Na tabela 11 estão descritos os valores das estatísticas, médias e desvio padrão e as correlações entre cada item, indicando-nos como este se relaciona com o valor global, tendo em atenção os resultados de fiabilidade.

Em relação aos valores médios e respetivos desvios padrão, podemos observar, na tabela 17, que todos os itens se encontram bem centrados, pois situam-se acima do ponto médio da escala, oscilando entre os 0,19 no item 8 “Número de produção/lote” e os 0,94 no item 3 “A faixa de peso a que se destina”.

No que se refere aos coeficientes de correlação item total corrigido, nenhum item foi eliminado porque todos se encontram acima de 0,2, pelo que foi efetuada a análise fatorial exploratória utilizando o método *KMO* e o teste de esfericidade de *Bartlett*.

Os coeficientes de correlação item total corrigido situam-se no valor mínimo ($r=0,220$) no item 1 “Marca do fabricante” e a correlação máxima ($r=0,517$) verifica-se no item 6 “País que emite a homologação”, apresentando 47,1% da sua variabilidade.

Os alfa de *Cronbach* poderão classificar-se de razoáveis pois oscilam entre 0,736 e 0,775, com um alfa global da escala de 0,767. O coeficiente de *Split Half* revela para a primeira metade um valor de $\alpha=0,620$ e para a segunda parte um valor ligeiramente mais alto ($\alpha=0,663$), mas como referido anteriormente, aceitável em ciências sociais.

Tabela 11 - Consistência interna dos itens da escala de valorização dos indicadores de homologação do SRC

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	r ²	α sem item
1	Marca do fabricante	0,46	0,500	0,220	0,123	0,775
2	Se é um modelo compatível com o automóvel	0,79	0,406	0,333	0,342	0,758
3	A faixa de peso a que se destina	0,94	0,243	0,452	0,515	0,752
4	O limite de idade a que se destina	0,90	0,299	0,471	0,502	0,747
5	Marca de homologação	0,66	0,476	0,458	0,385	0,744
6	País que emite a homologação	0,34	0,476	0,517	0,471	0,736
7	Número de homologação	0,34	0,476	0,474	0,433	0,742
8	Número de produção/lote	0,19	0,392	0,445	0,350	0,746
9	Normativa de referência	0,40	0,492	0,479	0,390	0,741
10	Como colocar no automóvel	0,87	0,342	0,352	0,327	0,756
11	Livro de instruções	0,84	0,369	0,327	0,218	0,758
12	Validade	0,66	0,476	0,424	0,290	0,748
Coeficiente <i>Split Half</i>			Primeira metade = 0,620			
			Segunda metade = 0,663			
Coeficiente alfa de <i>Cronbach</i> global			0,767			

No estudo psicométrico de validação e consistência interna da escala dos indicadores de homologação do SRC, foi efetuada a extração dos fatores pelo método de rotação *varimax* que revelou dois fatores *com eigenvalues* superiores a 1, designados de Fator 1- *Homologação logística*, constituído pelos itens 5, 6, 7, 8, 9 e 12 com uma variância explicada de 23,53%, o Fator 2 - *Homologação de utilização*, formado pelos itens 1, 2, 3, 4, 10 e 11 com uma variância explicada de 22,35%. Esta escala, constituída por 12 itens, apresenta uma variância explicada total de 45,89%.

Verificamos, após análise da tabela 12, que a estrutura relacional dos indicadores de homologação do SRC é explicada por dois fatores latentes, cujos pesos fatoriais variam entre 0,346 e 0,784. Apesar das comunalidades serem baixas nos itens 5, 11 e 12, decidiu-se mantê-los por apresentarem saturações/item $>0,4$. O item 1 apresenta uma comunalidade baixa e uma saturação mas decidiu-se manter o item para não alterar a escala.

Tabela 12 - Pesos fatoriais após rotação *varimax* dos indicadores de homologação do SRC

	Component		h ²
	1	2	
5	0,542		0,359
6	0,784		0,618
7	0,762		0,583
8	0,670		0,454
9	0,764		0,586
12	0,477		0,234
1		0,346	0,129
2		0,665	0,444
3		0,778	0,618
4		0,748	0,593
10		0,716	0,513
11		0,518	0,287

A ordenação fatorial foi confirmada pelo gráfico de *Scree Plot* que apresentamos de seguida (figura 8).

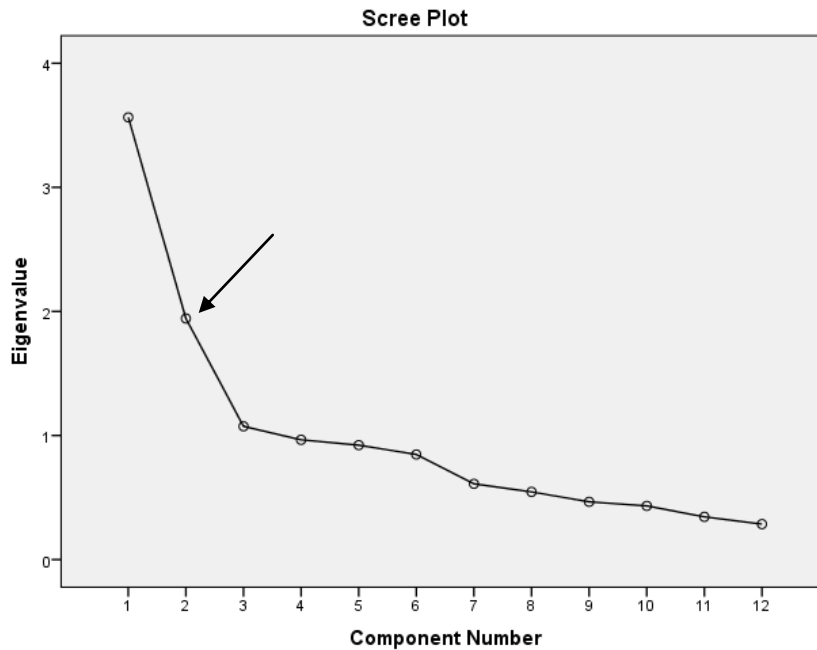


Figura 8 - Gráfico de variâncias de *Scree Plot* dos indicadores de homologação do SRC

Pelos parâmetros de validade e precisão dos fatores dos indicadores de homologação do SRC apresentando na tabela 13, verificámos que para o fator 1 - *Homologação logística*, obtivemos valores de alfa razoáveis, oscilando entre $r=0,704$ no item 6 “País que emite a homologação” e $r=0,771$ no item 12 “Validade”. Destaca-se o item 6 que exprime a maior variabilidade (45,9%) e o item 12 a menor (14,8%).

Para o fator 2 - *Homologação de utilização*, obtivemos no item 1 “Marca do fabricante” um valor de alfa razoável ($\alpha=0,723$), e valores de alfa aceitáveis em ciências sociais no item 2 “Se é um modelo compatível com o seu automóvel” ($\alpha=0,604$), item 3 “A faixa de peso a que se destina” ($\alpha=0,608$), item 4 “ O limite da idade a que se destina” ($\alpha=0,606$) e no item 11 “Livro de instruções” ($\alpha=0,655$). O item 10 “Como colocar no automóvel” apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,592. O item com maior valor correlacional é de $r=0,524$ no item 3, exprimindo cerca de 48,4% da variabilidade através dos restantes itens da subescala. O item com menor valor correlacional é o item 1 ($r=0,228$), exprimindo 6,1% da sua variabilidade.

Tabela 13 - Consistência interna dos itens dos indicadores de homologação do SRC por subescala

Item	Itens	r/item total	r ²	α sem item
Fator 1- Homologação logística				
5	Marca de homologação	0,427	0,317	0,759
6	País que emite a homologação	0,634	0,459	0,704
7	Número de homologação	0,577	0,401	0,719
8	Número de produção/lote	0,485	0,312	0,745
9	Normativa de referência	0,601	0,374	0,712
12	Validade	0,376	0,148	0,771
Fator 2- Homologação de utilização				
1	Marca do fabricante	0,228	0,061	0,723
2	Se é um modelo compatível com o seu automóvel	0,474	0,289	0,604
3	A faixa de peso a que se destina	0,549	0,484	0,608
4	O limite da idade a que se destina	0,503	0,472	0,606
10	Como colocar no automóvel	0,524	0,314	0,592
11	Livro de instruções	0,331	0,146	0,655

Os valores de alfa de *Cronbach* variam entre o razoável no fator 1 e fator global com valores de $\alpha=0,770$ e $\alpha=0,767$ e aceitável no fator 2 ($\alpha=0,673$). O coeficiente de bipartição de *Split Half* apresenta índices mais baixos, o que é compreensível, pois devido à redução do número de itens existe tendência do valor de alfa diminuir (cf. tabela 14).

Tabela 14 - Alfa de *Cronbach* por fatores dos indicadores de homologação do SRC

Subescalas	Nº itens	Alfa de <i>Cronbach</i>		
		<i>(Split Half)</i>		Alfa global
		Parte 1	Parte 2	
Fator 1 - Homologação logística	6	0,688	0,599	0,770
Fator 2 - Homologação de utilização	6	0,449	0,591	0,673
Indicadores de valorização da homologação do SRC	12	0,620	0,663	0,767

A tabela 15 indica que o índice de discriminação é superior a 0,2 entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence e a magnitude do segundo valor de correlação com a outra escala, exceto nos itens 6, 7 e 9 pertencentes ao fator homologação para a logística com a homologação para a produção; e vice-versa nos itens 1, 2 e 10 pertencentes ao fator homologação para a produção. O segundo valor correlacional mais elevado é sempre com o resultado da escala global que, como referimos, resulta do somatório de todos os itens.

Tabela 15 - Correlação dos itens com as subescalas e escala global dos indicadores de homologação do SRC

Nº item	Itens	F1	F2	F total
1	Marca do fabricante	0,151	0,561	0,394
2	Se é um modelo compatível com o automóvel	0,158	0,689	0,464
3	A faixa de peso a que se destina	0,255	0,668	0,523
4	O limite de idade a que se destina	0,308	0,657	0,556
5	Marca de homologação	0,620	0,295	0,593
6	País que emite a homologação	0,771	0,178	0,642
7	Número de homologação	0,732	0,164	0,606
8	Número de produção/lote	0,635	0,208	0,559
9	Normativa de referência	0,753	0,151	0,615
10	Como colocar no automóvel	0,150	0,694	0,461
11	Livro de instruções	0,226	0,561	0,448
12	Validade	0,580	0,295	0,565

Em relação ao valor correlacional entre o fator 1 - *Homologação logística* e o fator 2 - *Homologação de utilização*, constatámos ser de $r=0,314$ (cf. tabela 16).

Tabela 16 - Matriz de Correlação de *Pearson* entre subescalas e os indicadores de homologação do SRC

	F1	F2
F2	0,314**	—
F total	0,875	0,735**

** correlação significativa 0,01

• Indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC

Aos pais foi solicitado que assinalassem na questão 23 as suas sugestões para facilitar o processo de aquisição/utilização do SRC. Esta questão é composta por sete itens avaliados de forma dicotómica “Sim” e “Não”. Para a sua classificação foi efetuado o estudo psicométrico, apresentado de seguida.

Estudo Psicométrico da Escala de indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC

Como podemos observar na tabela 17, os valores médios e respetivos desvios padrão de todos os itens encontram-se bem centrados, pois situam-se acima do ponto médio da escala, oscilando entre os 0,64 no item 7 “Treino de utilização na maternidade” e os 0,9 no item 1 “Informação durante a gravidez”.

Os coeficientes de correlação item total corrigido apresentam associações lineares baixas nos item 1 ($r=0,251$), item 2 “Formação sobre utilização correta dos SRC na gravidez”

($r=0,326$), item 3 “Maior formação dos vendedores de SRC” ($r=0,380$), e item 4 “Mais material informativo sobre SRC” ($r=0,391$), e uma associação linear moderada no item 5 “Formação sobre utilização correta dos SRC na maternidade” ($r=0,533$), item 6 “Campanhas sobre SRC” ($r=0,612$) e no item 7 “Treino de utilização na maternidade” ($r=0,446$).

O valor de alfa de *Cronbach* poderá classificar-se de fraco no item 1 ($\alpha=0,711$) e aceitáveis nos restantes itens pois oscilam entre $\alpha=0,626$, no item 6, e $\alpha=0,698$ no item 2. O coeficiente de *Split Half* revela para a primeira metade um valor de alfa de *Cronbach* muito baixo ($\alpha=0,415$) e na segunda metade $\alpha=0,669$, aceitável em ciências sociais como já referido.

Tabela 17 - Consistência interna dos itens da escala de indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	r ²	α sem item
1	Informação durante a gravidez	0,90	0,299	0,251	0,114	0,711
2	Formação sobre utilização correta dos SRC na gravidez	0,84	0,369	0,326	0,176	0,698
3	Maior formação dos vendedores de SRC	0,65	0,479	0,380	0,249	0,689
4	Mais material informativo sobre SRC	0,75	0,435	0,391	0,250	0,684
5	Formação sobre utilização correta dos SRC na maternidade	0,72	0,449	0,533	0,360	0,646
6	Campanhas sobre SRC	0,77	0,424	0,612	0,448	0,626
7	Treino de utilização na maternidade	0,64	0,481	0,446	0,284	0,671
Coeficiente <i>Split Half</i>			Primeira metade = 0,415 Segunda metade = 0,669			
Coeficiente alfa de <i>Cronbach</i> global				0,710		

O estudo psicométrico de validação e consistência interna da escala de indicadores assinalados pelos pais revelou, após realização do teste de rotação ortogonal do tipo *varimax* para extração de fatores, a presença de dois fatores, com *eigenvalues* superiores a 1, designados de Fator 1 - *Formação*, constituído pelos itens 1, 2, 5 e 7 com uma variância explicada de 16,77%, ou 35,69% o Fator 2 - *Informação*, formado pelos itens 3, 4 e 6 com uma variância explicada de 15,84% ou 48,24%. Esta escala, constituída por sete itens, apresenta uma variância explicada total de 47,78% ou 33,93%.

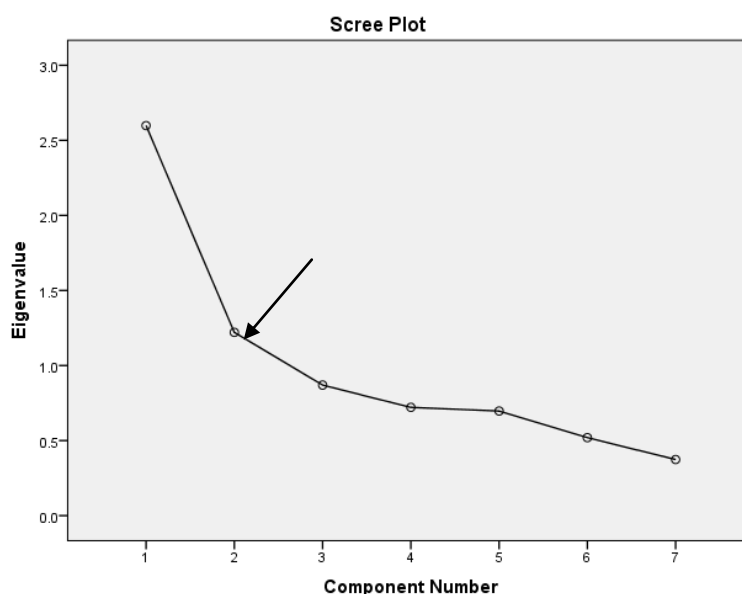
Verificamos, assim, que a estrutura relacional dos indicadores assinalados pelos pais é explicada por dois fatores latentes, variando os pesos fatoriais entre 0,620 e 0,788 (cf. tabela 18).

Todos os itens apresentam boas comunalidades, exceto no item 1, contudo resolveu-se mantê-lo por apresentar boas saturações ($>0,4$).

Tabela 18 - Pesos fatoriais após rotação *varimax* dos indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC

Itens	F1-	F2	h ²
1	0,631		0,399
2	0,748		0,560
5	0,632		0,562
7	0,620		0,474
3		0,761	0,580
4		0,733	0,539
6		0,788	0,704

A ordenação fatorial foi confirmada pelo gráfico de *Scree Plot* (figura 9).

**Figura 9** - Variâncias de *Scree Plot* dos Indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC

Apresentamos os parâmetros de validade e de precisão na tabela 19, onde obtivemos, após análise da mesma, no fator 1 - *Formação*, valores de alfa fracos no item 2 “Formação sobre utilização correta dos SRC na gravidez” ($\alpha=0,553$), no item 5 “Formação sobre utilização correta dos SRC na maternidade” ($\alpha=0,478$), no item 7 “Treino de utilização na maternidade” ($\alpha=0,510$) e no item 1 “Informação durante a gravidez” um valor de alfa aceitável ($\alpha=0,624$). O item com maior valor correlacional é o 5 ($r=0,487$), exprimindo 25,7% da variabilidade através dos restantes itens da escala.

No fator 2 - *Informação*, os valores de alfa são aceitáveis no item 3 “Maior formação dos vendedores de SRC” ($\alpha=0,634$) e no item 4 “Mais material informativo sobre SRC” ($\alpha=0,651$), enquanto o item 6 “Campanhas sobre SRC” apresenta um valor de alfa fraco

($\alpha=0,476$). O item com maior valor correlacional é o 6 ($r=0,586$), exprimindo 34,4% da variabilidade através dos restantes itens da escala.

Tabela 19 - Consistência interna dos fatores dos indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC

Item		r/item total	r ²	α sem item
Fator 1 - Formação				
1	Informação durante a gravidez	0,283	0,112	0,624
2	Formação sobre utilização correta dos SRC na gravidez	0,398	0,168	0,553
5	Formação sobre utilização correta dos SRC na maternidade	0,487	0,257	0,478
7	Treino de utilização na maternidade	0,455	0,256	0,510
Fator 2 - Informação				
3	Maior formação dos vendedores de SRC	0,466	0,246	0,634
4	Mais material informativo sobre SRC	0,446	0,225	0,651
6	Campanhas sobre SRC	0,586	0,344	0,476

Os valores de alfa de *Cronbach*, segundo demonstra a tabela 20, são aceitáveis no fator 1 ($\alpha=0,620$) e fator 2 ($\alpha=0,682$) e razoável no alfa global ($\alpha=0,710$). O coeficiente de bipartição de *Split Half* apresenta índices valores mais baixos devido ao número de itens de cada fator, o fator 2 como é constituído por três itens não se aplica.

Tabela 20 - Alfa de *Cronbach* por fatores dos indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC

Subescalas	Nº itens	Alfa de <i>Cronbach</i>		Alfa global
		<i>(Split Half)</i>		
		Parte 1	Parte 2	
Fator 1 - Formação	4	0,411	0,625	0,620
Fator 2 - Informação	3	não aplicável	não aplicável	0,682
Indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC	7	0,415	0,669	0,710

No que se refere ao índice de discriminação, é superior a 0,2 entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence e a magnitude do segundo valor de correlação com a outra escala, exceto nos itens 1, 2 e 9 pertencentes ao fator 1 – *Formação*, com o fator 2 – *Informação*. O segundo valor correlacional mais elevado é sempre o resultado da escala global que, como já referimos, resulta do somatório de todos os itens (cf. tabela 21).

Tabela 21 - Correlação dos itens com as subescalas e escala global dos indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC

Nº item	Itens	F1	F2	F total
1	Informação durante a gravidez	0,140	0,521	0,504
2	Formação sobre utilização correta dos SRC na gravidez	0,164	0,659	0,504
3	Maior formação dos vendedores de SRC	0,784	0,224	0,597
4	Mais material informativo sobre SRC	0,746	0,243	0,587
5	Formação sobre utilização correta dos SRC na maternidade	0,388	0,764	0,700
6	Campanhas sobre SRC	0,820	0,436	0,749
7	Treino de utilização na maternidade	0,300	0,764	0,648

Relativamente às correlações entre os fatores 1 e 2, verifica-se que estas são positivas e significativas ($r=0,379$), o que indica que ao aumento de uma corresponde o aumento da outra (cf. tabela 22).

Tabela 22 - Matriz de Correlação de *Pearson* entre subescalas e os indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC

	F1	F2
F2	0,379**	—
Indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC	0,820**	0,841**

** correlação significativa a 0,01

A operacionalização das variáveis é uma fase importante do processo de investigação, constituído por outras igualmente essenciais para a sua conclusão, de forma a obtermos resultados reais que permitam perceber a realidade e atuar de modo pertinente e eficaz. Em todos os estudos a escolha da população é fundamental de modo a alcançar os objetivos pretendidos.

1.2 - Participantes

Uma população compreende todos os elementos (indivíduos ou objetos) que têm características comuns, definidas pelos critérios de inclusão, visando um determinado estudo (Fortin et al., 2009). As mesmas autoras definem como amostra a fração da população que constitui o objeto do estudo, correspondendo em menor dimensão à população.

Todos os estudos de investigação requerem uma participação voluntária das pessoas, sendo devidamente informadas sobre as condições da sua participação e a natureza do estudo. No que concerne à escolha do local do estudo, por vezes é oportuno para o investigador a existência de contactos já estabelecidos nesse local. Desta forma, justifica-se o facto do estudo se realizar no local onde o investigador exerce a sua atividade profissional, pois facilita o acesso ao campo e aos participantes.

Realizámos, desta forma, o nosso estudo num centro hospitalar do norte, sendo os seus utilizadores os elementos da nossa amostra, nomeadamente, os pais de RNs internados nos serviços de obstetrícia e neonatologia.

Recorremos a uma amostra não probabilística, sendo notório que cada elemento da população não tem a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra. Dentro

desta, consideramos a do tipo conveniência ou acidental, por ser formada por pessoas facilmente acessíveis e que estavam presentes num determinado local e num momento exato (Fortin, 2003). Este foi considerado o método mais adequado para o nosso estudo, já que este tipo de amostragem tem algumas vantagens, como a economia, a rapidez e a facilidade de organização.

O instrumento de recolha de dados (*Anexo I*) foi aplicado no período entre março e maio de 2014, de modo a conseguirmos uma amostra aceitável para o cumprimento da finalidade do estudo e dos objetivos propostos, obtendo-se 119 questionários. Após uma primeira análise dos mesmos foram eliminados sete por não cumprirem os critérios de inclusão. No total, a nossa amostra ficou constituída por 112 pais de RNs que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: *i*) serem pais de RNs internados nos serviços de obstetrícia e neonatologia de um hospital do norte do país, no período em que decorreu o estudo; *ii*) aceitarem participar de forma voluntária; *iii*) preencherem a totalidade do questionário.

Os pais foram devidamente informados dos objetivos do estudo, solicitada a sua participação voluntária e garantida a confidencialidade, através de consentimento informado (*Anexo II*).

De seguida apresentamos as tabelas relativas à caracterização sociodemográfica e profissional dos pais.

1.2.1 - Caracterização da amostra

• Idade

As estatísticas expressas na tabela 23, referentes à idade das mães, indicam um valor mínimo de 18 e um valor máximo de 41, a que corresponde uma média = $30,37 \pm 5,631$ e um coeficiente de variação de 18,54%, sendo uma dispersão média.

Relativamente à idade dos pais, as estatísticas indicam um valor mínimo de 19 e um valor máximo de 48, a que corresponde uma média = $33,91 \pm 6,096$. Pelos valores de assimetria e kurtose, verificámos que a curva tem uma distribuição normal (situa-se entre -2 e 2), o que é comprovado pelo teste de aderência à normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*. O coeficiente de variação (17,97%) indica uma dispersão média.

Tabela 23 - Estatísticas da idade dos pais

	Min	Máx	Média	Dp	CV(%)	SK/erro	K/erro	K/S
Mãe	18	41	30,37	5,631	18,541	-0,947	-1,119	0,072
Pai	19	48	33,91	6,096	17,976	-0,741	-0,344	0,058

• Profissão

Verificámos na tabela 24 que, relativamente à profissão das mães, predomina o grupo 2 (Especialistas das atividades intelectuais e científicas) e o grupo 5 (Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores), com um total de 28,6% e 14,3%, respetivamente. De referir que 38,4% das mães se encontram inativas.

Comparativamente, nas profissões dos pais predomina também o grupo 2 e o grupo 5, com 12,5% e 15,2%, respetivamente. E ainda o grupo 7 (trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices), com um total de 19,6%. Denota-se um menor número de pais inativos (8%).

Tabela 24 - Caracterização profissional dos pais, segundo a CPP-2010

Género	Mãe		Pai	
	n	%	n	%
Grupo 0	0	0	1	0,9
Grupo 1	2	1,8	9	8,0
Grupo 2	32	28,6	14	12,5
Grupo 3	11	9,8	11	9,8
Grupo 4	2	1,8	5	4,5
Grupo 5	16	14,3	17	15,2
Grupo 6	2	1,8	9	8,0
Grupo 7	0	0,0	22	19,6
Grupo 8	0	0,0	7	6,3
Grupo 9	4	3,6	8	7,1
Outros	43	38,4	9	8,0
Total	112	100,0	112	100,0

• Habilitações literárias

Após a recodificação desta variável, os resultados da tabela 25 indicam que 22,3% das mães tem escolaridade até ao 9º ano, 40,2% tem até ao 12º ano e 37,5% tem o nível académico superior. Em relação aos pais, 37,5% possui escolaridade até ao 9º ano, 44,6% até ao 12º ano e 17,9% tem o nível académico superior.

Tabela 25 - Caracterização dos pais em relação à escolaridade

Escolaridade	Mãe		Pai	
	n	%	n	%
Até ao 9º ano	25	22,3	42	37,5
Secundário	45	40,2	50	44,6
Superior	42	37,5	20	17,9
Total	112	100,0	112	100,0

• Residência

O hospital onde decorreu o estudo tem uma grande área de influência. Os pais eram na maioria do concelho de Vila Real (68,8%), os restantes pertenciam ao distrito de Viseu (14,7%) e ao distrito do Porto (9,2%). Uma pequena percentagem (7,3%) residia noutras cidades (cf. tabela 26). De referir que 3 pais não colocaram o local de residência, mas face aos objetivos do estudo, consideramos pertinente não excluir estes questionários por este número não interferir nos resultados finais.

Tabela 26 - Local de residência dos pais, segundo o distrito

Distrito	n	%
Vila Real	75	68,8
Viseu	16	14,7
Porto	10	9,2
Outras cidades	8	7,3

• Número de filhos

No que refere ao número de filhos, as estatísticas da tabela 27 indicam, para a totalidade da amostra, um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 4, a que corresponde uma Média = 1,53; Dp=0,643. O coeficiente de variação (42,02%) indica uma dispersão elevada.

Tabela 27 - Estatística do número de filhos

	Min	Máx	Média	Dp	CV(%)	SK/ erro	K/erro	K/S
Nº filhos	1	4	1,53	0,643	42,02	4,54	2,09	0,338

• Número de recém-nascidos

Da análise da tabela 28, concluímos que a maioria dos elementos da amostra (97,3%) foram pais de um RN.

Tabela 28 - Número de recém-nascidos

	n	%
1 Bebê	109	97,3
Gêmeos	3	2,7
Total	112	100,0

1.3 - Instrumento de Recolha de Dados

A recolha de dados de uma população assume um papel primordial na elaboração de um trabalho de investigação, sendo necessário aplicar um instrumento de recolha de dados segundo um plano pré-estabelecido e que vá de encontro aos objetivos inicialmente delineados (Fortin, 2003).

1.3.1 - Questionário

Alguns autores (Hernández Sampieri et al., 2003; Hill & Hill, 2008; Lobiondo-Hood & Haber 2001) referem que a utilização do questionário tem vantagens sobre as entrevistas face a face, ou entrevistas pelo telefone. No questionário autoadministrado, o indivíduo faz apelo à sua memória e com alguma facilidade responde às várias questões, pois não se sente pressionado e inibido pelo entrevistador.

O questionário é um instrumento de recolha de dados que exige dos participantes respostas por escrito a um conjunto de questões (Fortin et al., 2009). Para estes autores, corroborando Norwood (2000), este instrumento de recolha de dados apresenta uma grande flexibilidade no que respeita à estrutura, forma e aos meios de recolher a informação.

Apesar de ser um tema atual, não se encontram muitos estudos nesta área havendo dificuldade em obter um instrumento de recolha de dados adequado à amostra e ao estudo que pretendíamos realizar, pelo que este foi elaborado pelas investigadoras (*Anexo I*). Este processo de elaboração foi moroso, tendo por base a literatura existente e as características inerentes a um instrumento de recolha de dados desta natureza. Apesar de não obedecer a uma sequência considerada lógica, iniciando com o momento da escolha e compra do SRC até à sua utilização, na construção do questionário valorizámos primeiramente as atitudes dos pais, posteriormente a forma como decorreu todo o processo de aquisição e, por último, os conhecimentos dos pais sobre SRC.

Constituído por perguntas fechadas e perguntas abertas de resposta rápida, o questionário elaborado encontra-se dividido em duas partes. A primeira, de caracterização sociodemográfica e profissional da amostra e a segunda de avaliação da utilização do SRC pelos pais no transporte do RN após a alta da maternidade, sendo este constituído pelos seguintes grupos de questões sobre o SRC:

- I. Atitudes dos pais no transporte do RN
- II. Indicadores de valorização na compra
- III. Conhecimentos dos pais
- IV. Indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC

Após a elaboração do questionário, foi realizado um pré-teste numa amostra por conveniência de 10 pais de RNs internados no serviço de obstetrícia. Como não foram referidas dificuldades no seu preenchimento, nem sugeridas alterações, os questionários foram incluídos na amostra final do estudo.

O questionário foi entregue aos pais 24 a 48 horas após o parto, podendo ser preenchido pela mãe, pelo pai ou por ambos, visto os dois poderem realizar o transporte do RN em SRC.

A análise dos dados obtidos e a apresentação dos resultados foi realizada obedecendo à sequência e organização das variáveis e as partes constituintes do instrumento de recolha de dados. Nesta análise numérica, recorreu-se à estatística descritiva e analítica ou inferencial.

Os resultados serão apresentados seguindo a ordem de apresentação das questões no questionário.

1.4 - Procedimentos Ético-Legais

Num trabalho de investigação, as disposições ético-legais que respeitam os direitos fundamentais das pessoas têm de ser respeitadas. Neste estudo específico, todas estas implicações foram respeitadas, seguindo o planeamento dos procedimentos do projeto inicialmente formulado. Neste âmbito, foram garantidos todos os procedimentos tendo em conta o respeito pela dignidade humana, direito à confidencialidade, proteção do anonimato e confidencialidade dos dados.

A escolha do local para este estudo derivou do interesse do investigador em, com base nos resultados do estudo, aumentar o campo de informação sobre os conhecimentos dos pais

no uso dos SRC, na expectativa de intervir na sua prática e desempenho diário, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e ainda da facilidade de acesso aos participantes.

Após elaboração do questionário, foi efetuado o pedido de autorização para implementação do instrumento de recolha de dados ao Presidente do Conselho de Administração da instituição hospitalar onde decorreu o estudo (*Anexo III*). Este pedido foi acompanhado de um projeto onde se explanava a finalidade do estudo, as partes constituintes do instrumento de recolha de dados e a sua forma de preenchimento, a utilização dos dados obtidos e o contributo do estudo, de um documento de consentimento informado a ser assinado pelos participantes e ainda de uma declaração da investigadora principal/orientadora da dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (*Anexo IV*). Após deferimento, em 02 de abril de 2014, da autorização para a sua realização (*Anexo V*), a recolha de dados foi efetuada, tal como referido, nos serviços de obstetrícia e neonatologia da instituição hospitalar de apoio perinatal da região norte do país.

De modo a garantirmos o respeito ao direito da autodeterminação dos participantes, foram honrados os princípios de direito à informação e confidencialidade. Para tal, no início do questionário é enquadrado o âmbito e caracterização do estudo, necessitando os pais de assinar o consentimento informado.

Como investigadores tivemos presente a importância do respeito pela individualidade dos participantes no estudo e procedemos sempre ao contacto direto para as respetivas explicações sobre o preenchimento do questionário no primeiro contacto e sempre que solicitado.

1.5 - Análise de dados

O tratamento estatístico é a metodologia mais adequada para a interpretação dos resultados obtidos nos estudos quantitativos. De modo a sistematizar os resultados, procedemos à análise e interpretação dos resultados.

A interpretação dos dados foi realizada utilizando o programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 22.0. Recorreu-se, igualmente, a métodos de análise estatística descritiva e inferencial sendo os dados apresentados em tabelas, nas

quais serão excluídas as fontes, visto os dados se referirem sempre aos decorrentes do presente estudo.

A estatística descritiva tem como objetivo descrever os dados obtidos, distinguindo-os face ao geral dos participantes. Para esta análise serão utilizadas: *i*) frequências absolutas (n) e percentuais (%); *ii*) médias de tendência central (X); *iii*) médias de dispersão (Dp); *iv*) coeficiente de variação (permite comparar a variabilidade entre duas variáveis).

O coeficiente de variação calcula-se, achando o quociente entre o desvio padrão e a média, apenas quando o dividendo e o divisor têm o mesmo sinal, a interpretação dos resultados obtidos são interpretados, segundo Pestana e Gageiro (2005), da seguinte forma:

Classificação do grau de dispersão:

- 0% - 15% = Dispersão fraca;
- -16% - 30% = Dispersão média;
- ->30% = Dispersão elevada.

➤ Medidas de assimetria *Skewness* (Sk) e de achatamento *Kurtosis* (K).

A medida de *Skewness* obtém-se através do quociente entre Sk e o erro padrão (EP), se SK/EP variar entre -2 e 2, a distribuição é simétrica. Se Sk/EP for inferior a -2, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita, e se Sk/EP for superior a +2, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda. Para obter o valor da *Kurtose* também se tem de achar o quociente entre o K e o EP, pelo que se oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, se inferior a -2 a distribuição é platicúrtica e se for superior a +2 a distribuição é leptocúrtica.

Na estatística inferencial foi utilizada a estatística paramétrica e não paramétrica. A utilização de testes paramétricos exige que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e que as variáveis populacionais sejam homogéneas, no caso de se comparar duas ou mais amostras (Marôco, 2011). Para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

A estatística não paramétrica utilizou-se como alternativa aos testes paramétricos quando a aplicação dos pressupostos destes não se verificaram. Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica, salientamos os diferentes testes:

➤ Correlação de *Pearson* é um teste paramétrico que avalia o grau de associação entre duas variáveis, no entanto, não estabelece uma relação de causalidade. É uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e o seu valor varia entre -1 e 1. O coeficiente igual a +1 significa que as duas variáveis têm uma correlação perfeita positiva. Quando o coeficiente é igual a -1 significa que existe uma relação linear negativa perfeita entre ambas (Pestana & Gageiro, 2005). Na análise dos resultados obtidos iremos considerar os valores propostos por estes autores:

- $r < 0,2$ associação linear muito baixa;
- r entre 0,2 e 0,39 associação linear baixa;
- r entre 0,4 e 0,69 associação linear moderada;
- r entre 0,7 e 0,89 associação linear alta;
- r entre 0,9 e 1 associação linear muito alta.

➤ O coeficiente de alfa de *Cronbach* permite verificar a consistência interna de um grupo de variáveis (itens), varia entre 0 e 1 (Pestana & Gageiro, 2005):

- Alfa $> 0,9$ consistência muito boa;
- Alfa entre 0,8 e 0,9 consistência boa;
- Alfa entre 0,7 e 0,8 consistência razoável;
- Alfa entre 0,6 e 0,7 consistência fraca;
- Alfa $< 0,6$ inadmissível.

➤ Teste de independência do Qui-quadrado e resíduos ajustados que nos indica qual a célula apresenta o comportamento diferente da média. Considerando uma probabilidade igual ou inferior a 0,05, os seguintes valores de referência:

- $\geq 1,96$ – Diferença estatística significativa (superior à média);
- $< 1,96$ – Diferença estatística não significativa (superior à média).

Foram utilizados os seguintes níveis de significância (Pestana & Gageiro, 2005):

- $p \geq 0,05$ não significativo;
- $p < 0,05$ significativo;
- $p < 0,01$ bastante significativo;
- $p < 0,001$ altamente significativo.

➤ Análise de variância a um fator (ANOVA) ou teste *Kruskall-Wallis*

➤ Regressão linear múltipla

Após estas considerações metodológicas, vamos de seguida proceder à apresentação dos resultados.

2 - Resultados

A apresentação dos resultados do estudo de investigação tem por base a informação obtida pela aplicação do questionário.

Este capítulo encontra-se dividido em duas partes, na primeira iremos apresentar a análise descritiva dos resultados, respeitando a sequência do questionário e, na segunda, a análise inferencial dos mesmos, recorrendo aos testes estatísticos considerados mais adequados.

2.1 - Análise Descritiva

O processo pelo qual o investigador sintetiza um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos corresponde à análise descritiva dos dados. Visa fundamentalmente descrever as características da amostra e responder às questões de investigação (Fortin et al., 2009).

Neste subcapítulo pretendemos descrever as características dos participantes do estudo, tendo presente que as variáveis sociodemográficas e profissionais foram já apresentadas na caracterização da amostra (pág. 77). Apresentamos, assim, os resultados de caracterização dos conhecimentos e atitudes dos pais no uso do SRC no transporte do RN

- **Transporte do recém-nascido após a alta da maternidade**

Da análise da tabela 29, concluímos que 96,4% dos pais pretendia utilizar o automóvel para transportar o RN após a alta da maternidade.

Tabela 29 - Meio de transporte utilizado após a alta do RN

	n	%
Automóvel	108	96,4
Outros meios de transporte	4	3,6
Total	112	100,0

No que respeita à utilização do SRC, após a alta da maternidade a maioria dos pais (97,3%) referiu pretender transportar o seu RN no SRC, vulgarmente designado por “cadeirinha”, somente 1,8% referiu transportar em alcofa e só num questionário foi referido que o transporte iria ser ao colo (cf. tabela 30).

Tabela 30 - Transporte do RN após a alta da maternidade

	n	%
Colo	1	0,9
Alcofa	2	1,8
Cadeirainha	109	97,3
Total	112	100,0

• **Atitudes dos pais no transporte do RN em SRC**

Após operacionalizar a variável *atitudes* dos pais, constatámos, através da análise estatística, que nenhum dos pais respondeu corretamente a todos os itens apresentados para um transporte correto. Na tabela 31 retratamos as estatísticas relativas às atitudes, em que revelam um valor mínimo de 0 e um máximo de 10, uma média=8 ±1,78, com um coeficiente de variação de 22,25%, sendo uma dispersão média.

Tabela 31 - Estatísticas das atitudes dos pais no transporte do RN em SRC

	Min	Max	Média	Dp	CV(%)	S/erro	K/erro
Atitudes	0	10	8	1,78	22,25	-8,26	12,92

Desta forma, concluímos que, estatisticamente em relação à média (média =8), 68,8% dos pais teria atitudes corretas e 31,3% atitudes incorretas no transporte do RN em SRC (cf. tabela 32).

Tabela 32 - Atitudes dos pais no transporte do RN em SRC

Atitudes	n	%
Incorretas	35	31,3
Corretas	77	68,8
Total	112	100,0

Relacionámos ainda as atitudes dos pais no transporte do RN em SRC com outras variáveis em estudo, nomeadamente: idade dos pais, escolaridade, profissão, número de filhos, indicadores de valorização da homologação e conhecimentos sobre SRC (cf. tabela 33). Após análise dos dados constatámos não existir relação estatística entre as atitudes e as variáveis estudadas, exceto na relação com os indicadores de valorização na homologação em que se verifica uma relação estatística significativa ($r^2=6,239$; $p=0,044$).

Tabela 33 - Relação entre as atitudes dos pais e as variáveis sociodemográficas, indicadores de homologação e conhecimentos sobre SRC

Atitudes	Incorretas		Corretas		r ²	p
	n	%	n	%		
Idade da mãe						
≤28 anos	14	12,5	26	23,2	0,424	0,809
29-32 anos	9	8	21	18,8		
≥ 33anos	12	10,7	30	26,8		
Idade do pai						
≤31 anos	13	11,6	25	22,3	0,276	0,871
32-36 anos	10	8,9	25	22,3		
≥37 anos	12	10,7	27	24,1		
Profissão da mãe						
Ativos	21	18,8	48	42,9	0,056	0,814
Não ativos	14	12,5	29	25,9		
Profissão do pai						
Ativos	32	28,6	71	63,4	0,020	0,888
Não ativos	3	2,7	6	5,4		
Escolaridade da mãe						
Até 9ºano	7	6,3	18	16,1	0,216	0,898
Secundário	15	13,4	30	26,8		
Superior	13	11,6	29	25,9		
Escolaridade do pai						
Até 9ºano	14	12,5	28	25,0	1,439	0,487
Secundário	13	11,6	37	33,0		
Superior	8	7,1	12	10,7		
Residência						
Vila Real	28	25,7	47	43,1	3,107	0,375
Viseu	3	2,8	13	11,9		
Porto	2	1,8	8	7,3		
Outras cidades	2	1,8	6	5,5		
Número de filhos						
Um filho	20	17,9	41	36,6	1,011	0,603
Dois filhos	14	12,5	30	26,8		
≥Três filhos	1	0,9	6	5,4		
Indicadores homologação						
Pouco	18	16,1	21	18,8	6,239	0,044
Razoável	10	8,9	31	27,7		
Muito	7	6,3	25	22,3		
Conhecimentos SRC						
Inadequados/pouco	5	4,5	7	6,3	1,237	0,539
Adequado	24	21,4	51	45,5		
Bastante/Muito	6	5,4	19	17,0		

Legenda: n - Frequência absoluta; % - Frequência relativa; r² – Correlação múltipla; p - Probabilidade.

• Condições do SRC

Para analisarmos as condições do SRC, questionou-se se este tinha sido adquirido recentemente, verificando-se que 54,5% dos sistemas de retenção eram novos e 45,5% eram usados (cf. tabela 34).

Tabela 34 - Sistema de retenção novo ou usado

	n	%
Novo	61	54,5
Usado	51	45,5
Total	112	100,0

Reconhecendo o risco de utilização de SRC já utilizados, analisou-se os anos de uso. A tabela 35 apresenta as estatísticas relativas ao número de anos do sistema SRC, em que verificámos um valor mínimo de 1 ano e máximo de 10 anos, a que corresponde uma média=3,78±2,194. Pelos valores de assimetria e *kurtose*, verificámos que a curva tem uma distribuição normal (situa-se entre -2 e 2), o que é comprovado pelo teste de aderência à normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*. O coeficiente de variação (58,04%) indica uma dispersão elevada em torno da média.

Tabela 35 - Estatísticas do número de anos de utilização dos SRC

	Min	Max	Média	Dp	CV(%)	S/erro	K/erro	K/S
Anos do SRC	1	10	3,78	2,194	58,04	2,99	1,60	0,186

Legenda: Min - mínimo; Max - máximo; Dp - Desvio padrão; CV- Coeficiente de variação; S/erro – Skewness/erro; K/erro-*kurtosis/erro*; K/S - Kolmogorov-Sminov.

Pela análise da tabela 36, constatou-se que a maior percentagem dos SRC usados possuía entre 3 e 4 anos (39,2%) de utilização, seguido dos inferiores a 2 anos (33,3%) e 27,5% possuía mais de 5 anos.

Tabela 36 - Número de anos de utilização dos SRC

	n	%
≤2 anos	17	33,3
3-4 anos	20	39,2
≥5 anos	14	27,5
Total	51	100,0

• Processo de aquisição do SRC

Procurámos saber a forma como os pais valorizavam os itens do processo de aquisição do SRC, através de uma escala de valorização tipo *Likert* do “nada importante” ao “muito importante”.

De acordo com a tendência de resposta para se classificar até que ponto os pais valorizam os indicadores sugeridos na aquisição do SRC, foram efetuados pontos de coorte

com base na fórmula: Média+-Dp. Deste modo, a tabela 37 indica-nos que 32,4% dos pais valorizou muito os indicadores de valorização na compra do SRC, 29,5% valorizou moderadamente e 38,1% valorizou pouco.

Tabela 37 - Valorização dos indicadores na aquisição do SRC

	N	%
Valoriza muito	34	32,4
Valoriza moderadamente	31	29,5
Valoriza pouco	40	38,1

Na tabela 38, as estatísticas relativas aos indicadores de valorização na compra do SRC indicam para a totalidade da amostra e para cada um dos fatores um valor mínimo de 0,0 e um valor máximo de 43,75, com um valor médio de 57,19, desvio padrão de 11,92 e uma dispersão elevada em torno da média (CV=20,84%)

O fator 1 apresenta um valor médio de 76,3 com desvio padrão de 16,37 e um coeficiente de variação de 21,45, indicando dispersão elevada em torno da média.

O fator 2 apresenta um valor médio de 45,5 com desvio padrão de 16,27 e um coeficiente de variação de 35,75, indicando dispersão elevada em torno da média.

O fator 3 apresenta um valor médio de 52,6 com desvio padrão de 17,88 e um coeficiente de variação de 33,99, indicando dispersão elevada em torno da média.

Tabela 38 - Estatísticas relativas aos indicadores de valorização na compra do SRC

	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Fator 1 - Certificação do SRC	43,75	100,0	76,3	16,37	21,45	-0,99	-2,39	0,171
Fator 2 - Características do SRC	15,0	100,0	45,5	16,27	35,75	2,37	0,93	0,128
Fator 3 - Facilidade na utilização	0,0	100,0	52,6	17,88	33,99	-0,31	0,63	0,120
Fator global	21,15	96,15	57,19	11,92	20,84	0,83	2,74	0,096

• Onde procurou informação sobre SRC

Procurámos saber onde os pais procuraram informação sobre os SRC. A tabela 39 indica que 51% dos pais informou-se através da internet, 56% em lojas de puericultura e 29% através de familiares e amigos. De notar, que 8% da amostra não procurou informação sobre este assunto.

Tabela 39 - Onde procurou informação sobre SRC

	Sim		Não		Binomial <i>p</i>
	n	%	n	%	
Internet	53	51,0	51	49,0	0,922
Revistas puericultura	27	26,0	77	74,0	0,000
Revista automóveis	4	4,0	100	96,0	0,000
Lojas puericultura	58	56,0	46	44,0	0,281
Clube automóveis	2	2,0	102	98,0	0,000
Pediatra	5	5,0	99	95,0	0,000
Enfermeiro	17	16,0	87	84,0	0,000
Centro de saúde	21	20,0	83	80,0	0,000
Familiares e amigos	30	29,0	74	71,0	0,000
Associações - APSI, GAS	4	4,0	100	96,0	0,000
Forças segurança	7	7,0	97	93,0	0,000
Não procurou informação	8	8,0	96	92,0	0,000

• Local de aquisição do SRC

O local de aquisição do SRC para a maioria dos pais foi numa loja de puericultura (65,9%), e em outros locais como hipermercados (28%) e na internet (6,1%) (cf. tabela 40). Os restantes SRC correspondem aos usados/emprestados não tendo sido referido o local de compra.

Tabela 40 - Local de compra do SRC

Local de compra	N	%
Internet	5	6,1
Loja especializada de puericultura	54	65,9
Hipermercado	23	28,0

• Instalação do SRC no automóvel

A instalação do SRC é uma das atitudes mais importantes para a sua correta utilização. Neste âmbito, e analisando a tabela 41, para aprender a colocar o sistema de retenção, 53,6% dos pais referiu ler as instruções, 34,8% referiu ter aprendido no local onde foi adquirido, 21,4% que outra pessoa lhes explicou, 15,2% aprendeu com a equipa de enfermagem e 6,3% aprendeu através da internet. De referir que dois pais aprenderam através de uma formação sobre SRC da APSI e outro mencionou ter aprendido aquando do nascimento do outro filho, não especificando como o fez nessa data.

Tabela 41 - Local onde procurou informação sobre como colocar o SRC

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Leu as instruções	60	53,6	52	46,4
No local onde comprou	39	34,8	73	65,2
Outra pessoa ensinou	24	21,4	88	78,6
Na internet	7	6,3	105	93,8
Com a equipa de enfermagem	17	15,2	95	84,8

• Colocação do SRC no automóvel

Na tentativa de sabermos se os pais tinham experimentado o SRC no automóvel no ato de aquisição, pela análise da tabela 42 verificámos que a maioria (72,3%) respondeu afirmativamente.

Tabela 42 - Experimentou o SRC no automóvel

	N	%
Sim	81	72,3
Não	31	27,7
Total	112	100,0

• Dificuldade na aquisição do SRC

Na identificação da principal dificuldade na aquisição do SRC, apenas obtivemos respostas de 77 participantes. Pela análise de conteúdo, estas foram reunidas em três grupos: *relacionados com o próprio SRC* (adequação, colocação no automóvel, relação preço/qualidade e muita oferta); *com o local de compra* (informação de quem vende não adequada, falta de local de venda); e *nenhuma dificuldade*. Pela observação da tabela 43, constatámos que 37,5% dos pais teve dificuldades em escolher o SRC correto, 29,5% não teve dificuldades e 1,78% teve dificuldades relacionadas com o local de venda (falta de locais e pouca informação de quem vende). Não obtivemos resposta em 31,25% (SRC emprestados ou adquiridos por outra pessoa).

Tabela 43 - Dificuldades na aquisição do SRC

Dificuldades	n	%
Com o SRC	42	37,5
Nenhuma	33	29,5
Local de compra	2	1,78
Sem resposta	35	31,25
Total	112	100,0

• Valorização dos Indicadores de Homologação

Em relação à valorização que os pais atribuíram aos indicadores de homologação do SRC, e pela análise da tabela 44, verifica-se que (93,8%) dos participantes valoriza mais o item 3 “A faixa de peso a que se destina”, e (90,2%) o item 4 “O limite de idade a que se destina”, valorizando menos o item 8 “Número de produção/lote” (18,8%).

Tabela 44 - Valorização dos indicadores de homologação do SRC

Valorização dos Indicadores de homologação do SRC	Sim		Não	
	n	%	n	%
1 - Marca do fabricante	51	45,5	61	54,5
2 - Se é um modelo compatível com o automóvel	89	79,5	23	20,5
3 - A faixa de peso a que se destina	105	93,8	7	6,3
4 - O limite de idade a que se destina	101	90,2	11	9,8
5 - Marca de homologação	74	66,1	38	33,9
6 - País que emite a homologação	38	33,9	74	66,1
7 - Número de homologação	38	33,9	74	66,1
8 - Número de produção/lote	21	18,8	91	81,3
9 - Normativa de referência	45	40,2	67	59,8
10 - Como colocar no automóvel	97	86,6	15	13,4
11 - Livro de instruções	94	83,9	18	16,1
12 - Validade	74	66,1	38	33,9

Efetuada os grupos de corte para classificação do nível de valorização dos indicadores de homologação, verificou-se que (36,6%) dos pais os valorizou muito, (28,6%) valorizou moderadamente e (34,8%) valorizou pouco (cf. tabela 45).

Tabela 45 - Classificação do nível de valorização dos indicadores de homologação do SRC

Classificação	n	%
Valoriza muito	32	36,6
Valoriza moderadamente	39	28,6
Valoriza pouco	41	34,8

As estatísticas relativas aos indicadores de homologação do SRC indicam, na tabela 46, para a totalidade da amostra e para cada um dos fatores um valor mínimo de 0,0 e um valor máximo de 100,0, com um valor médio de 61,53, desvio padrão de 22,23, uma dispersão elevada em torno da média (36,1%)

O fator 1 apresenta um valor médio de 43,15 com desvio padrão de 31,76 e um coeficiente de variação de (73,6%), indicando uma dispersão elevada em torno da média. O fator 2 apresenta um valor médio de 79,9 com desvio padrão de 22,72 e um coeficiente de variação de (28,4%), indicando uma dispersão elevada em torno da média.

Tabela 46 - Estatísticas relativas aos indicadores de homologação do SRC

	Min	Máx	Média	Dp	CV(%)	SK/erro	K/erro	K/S
Fator 1 - Homologação logística	0,00	100,0	43,15	31,76	73,6	2,17	-2,10	0,211
Fator 2 - Homologação de utilização	0,00	100,0	79,9	22,72	28,4	-7,67	7,35	0,292
Fator dos Indicadores de homologação do SRC	0,00	100,0	61,53	22,23	36,1	-1,62	0,927	0,123

• Legislação

O transporte em SRC encontra-se devidamente legislado, sendo obrigatório a sua utilização de forma correta desde o nascimento até aos 12 anos e 135 centímetros de altura. Quando questionados acerca do conhecimento da legislação que regulamenta o uso dos SRC, (83%) dos pais referiu conhecê-la e no que concerne à coima, (68,8%) mencionou ser adequada (cf. tabela 47).

Tabela 47 - Conhecimento da legislação e opinião sobre a coima

Conhece a legislação	n	%
Sim	93	83,0
Não	19	19,0
Coima		
Demasiado pesada	16	14,3
Adequada	77	68,8
Demasiado leve	19	17,0

• Campanhas/organismos sobre segurança infantil

A segurança infantil, nomeadamente a nível rodoviário, é uma das principais preocupações de diversas entidades e associações, sendo realizadas campanhas para diminuir a taxa de mortalidade e morbidade infantil nesta área. Na tabela 48 podemos constatar que a maioria dos pais (85,7%) referiu não ter conhecimento de campanhas/organismos e somente (14,3%) referiu conhecer. A APSI foi a organização mais referida, seguida de outras organizações/campanhas em menor percentagem (ACP campanhas; serviços de segurança infantil Prevenção Rodoviária, Escola Segura, Segurança Rodoviária Portuguesa, Liberty Seguros e Chicco, Bebeconfort).

Tabela 48 - Conhecimento da existência de campanhas/organismos sobre segurança infantil

Conhece campanha/organismo	n	%
Sim	16	14,3
Não	96	85,7
Total	112	100,0

• Transporte do RN em SRC

Questionados sobre porque deve ser transportado o RN/criança no automóvel num SRC em sentido inverso ao do trânsito, as respostas dos pais foram diversificados, sendo necessário agrupá-las da seguinte forma: *proteção da cabeça; evitar projeção; mais seguros/reduz lesões* e ainda *respostas vagas/incorrectas*.

Da análise da tabela 49 verificámos que (39,28%) dos pais considera que é mais seguro/reduz lesões, (13,39%) que contribui para proteção da cabeça, (10,71%) para evitar a projeção da criança, contudo, em (9,82%) obtivemos resposta vagas/incorrectas sobre a utilidade da posição do SRC em sentido inverso ao da marcha.

Tabela 49 - Razões para transportar RN/criança em SRC virado em sentido contrário ao trânsito

Razões	n	%
Mais seguro/reduz lesões	44	39,28
Proteção da cabeça	15	13,39
Evitar projeção	12	10,71
Respostas vagas/incorrectas	11	9,82
Total	112	100,0

Porém todos os pais consideram importante o transporte em sistema de retenção pois reduz o risco de lesões em caso de acidente (cf. tabela 50).

Tabela 50 - O uso de sistemas de retenção para crianças reduz lesões

Reduz lesões	N	%
Sim	112	100,0
Não	0	0,0
Total	112	100,0

• Conhecimentos dos pais sobre SRC

Procurámos ainda saber como os pais classificavam os seus conhecimentos sobre transporte do RN em SRC, utilizando uma escala tipo *Likert* do “Inadequado” ao “Muito adequado”. Da análise da tabela 51, verificámos que 75 (67%) pais, na sua opinião, possuíam conhecimentos adequados sobre transporte de RNs em sistemas de retenção, 25 (22,3%) pais referiram ter conhecimentos bastantes/muito adequados e 12 (10,7%) pais reconheciam ter conhecimentos inadequados/pouco adequados.

Tabela 51 - Conhecimentos dos pais acerca do transporte de RNs em SRC

Conhecimentos	N	%
Inadequados/Pouco	12	10,7
Adequado	75	67,0
Bastante/Muito	25	22,3
Total	112	100,0

Relacionámos ainda os conhecimentos dos pais no transporte do RN em SRC com outras variáveis em estudo, nomeadamente: idade dos pais, escolaridade, profissão, número de filhos, indicadores de valorização da homologação e conhecimentos sobre SRC (cf. tabela 52). Após análise dos dados verificamos a existência de relação estatística significativa entre os conhecimentos e a escolaridade das mães ($r^2=6,767$; $p=0,034$) e com os indicadores de valorização da homologação em que se verifica uma relação estatística altamente significativa ($r^2=66,034$; $p=0,000$).

Tabela 52 - Relação entre os conhecimentos dos pais no transporte do recém-nascido em SRC e as variáveis sociodemográficas e indicadores de homologação

Conhecimentos	Suficientes		Insuficientes		r^2	p
	n	%	n	%		
Idade da mãe:						
≤28 anos	18	16,1	22	19,6	4,842	0,089
29-32 anos	17	15,2	13	11,6		
≥ 33anos≥≥	29	25,9	13	11,6		
Idade do pai:						
≤31 anos	21	18,8	17	15,2	0,180	0,914
32-36 anos	21	18,8	14	12,5		
≥37 anos	22	19,6	17	15,2		
Profissão da mãe:						
Ativos	38	33,9	31	27,7	0,315	0,575
Não ativos	26	23,2	17	15,2		
Profissão do pai:						
Ativos	58	51,8	45	40,2	0,362	0,547
Não ativos	6	5,4	3	2,7		
Escolaridade da mãe:						
Até 9ºano	10	8,9	15	13,4	6,767	0,034
Secundário	24	21,4	21	18,8		
Superior	30	26,8	12	10,7		
Escolaridade do pai:						
Até 9ºano	21	18,8	21	18,8	1,423	0,491
Secundário	31	27,7	19	17,0		
Superior	12	10,7	8	7,1		
Residência:						
Vila Real	43	39,4	32	29,4	3,395	0,335
Viseu	7	6,4	9	8,3		
Porto	8	7,3	2	1,8		
Outras cidades	5	7,9	3	6,5		
Número de filhos:						
Um filho	38	33,9	23	20,5	2,837	0,242
Dois filhos	21	18,8	23	20,5		
≥Três filhos	5	4,5	2	1,8		
Indicadores de homologação:						
Pouco	3	2,7	36	32,1	66,034	0,000
Razoável	29	25,9	12	10,7		
Muito	32	28,6	0	0,0		

• Indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC

As estatísticas relativas aos indicadores assinalados pelos pais, apresentadas na tabela 53, indicam para a totalidade da amostra e para cada um dos fatores um valor mínimo de 0,0 e um valor máximo de 100,0, com um valor médio de 75,38, desvio padrão de 25,59, numa dispersão elevada em torno da média (33,94%)

O fator 1- *formação*, apresenta um valor médio de 72,32 com desvio padrão de 34,91 e um coeficiente de variação de 48,27, indicando dispersão elevada em torno da média (33,94%). O fator 2- *informação*, apresenta um valor médio de 77,67 com desvio padrão de 27,74 e um coeficiente de variação de 35,71, indicando dispersão elevada em torno da média (33,94%).

Tabela 53 - Estatísticas dos indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC

	Min	Máx	Média	Dp	CV(%)	SK/erro	K/erro	K/S
Fator 1 - Formação	0,00	100,0	72,32	34,91	48,27	-3,83	-1,39	0,33
Fator 2 - Informação	0,00	100,0	77,67	27,74	35,71	-4,65	0,39	0,29
Indicadores para facilitar a aquisição/utilização do SRC	0,00	100,0	75,38	25,59	33,94	-3,71	-0,55	0,21

• Profissional habilitado para informar sobre SRC

Quando questionados sobre o profissional mais habilitado para informar sobre SRC, os pais referiram os comerciantes no local de venda dos SRC (66,4%), o enfermeiro (63,1%) e o médico (55%). De referir que num questionário não especificaram o profissional (respondendo que devia ser um profissional com formação em SRC) e alguns pais referiram mais de um profissional (cf. tabela 54).

Tabela 54 - Profissional mais habilitado para informar sobre SRC

Profissional mais habilitado	Sim		Não		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
Enfermeiro	70	63,1	20	18,0	21	18,9
Médico/Pediatra	61	55,0	22	19,8	28	25,2
Vendedores (no local de venda do SRC)	73	66,4	17	15,5	20	18,2

2.2 - Análise Inferencial

Para responder às relações estabelecidas entre as diversas variáveis em estudo, a análise inferencial procura dar resposta às questões formuladas e aos objetivos definidos, tendo em conta a relação, direção e força estabelecidas entre as variáveis. Baseando-se nas leis da probabilidade, a inferência estatística interessa-se pelos resultados provenientes de uma amostra e, por inferência, prevê o comportamento ou as características da população total (Fortin et al., 2009).

No estudo realizado, procurámos as relações entre as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas dos pais e a intenção de proteção) e a variável dependente (atitudes dos pais no uso dos sistemas de retenção). E ainda a relação destas com a variável – “conhecimentos dos pais sobre sistemas de retenção”, procurando determinar se seria uma variável moderadora. Segundo Sousa (2005), as variáveis moderadoras relacionam-se com determinados fatores circunstanciais que podem surgir durante uma investigação, passando por vezes despercebidos, mas que causam desvios, moderando ou alterando os resultados. Uma variável moderadora apresenta-se usualmente ligada à variável independente, reforçando ou inibindo a ação desta.

Procurando saber a existência de relações entre as variáveis, apresentámos os resultados obtidos das questões de investigação elaboradas inicialmente.

A escolha do sistema de retenção adequado para o RN torna-se uma tarefa ainda mais difícil para os pais perante a diversidade de marcas e modelos existentes no mercado. Neste contexto, procurámos entender a relação de todo o processo de aquisição do SRC nos conhecimentos e atitudes dos pais no uso dos mesmos.

Q1 - Qual a influência do processo de aquisição do SRC nos conhecimentos e atitudes dos pais no uso dos sistemas de retenção para crianças?

Para estudarmos a relação entre o *processo de aquisição do SRC* e os conhecimentos e atitudes dos pais no uso dos sistemas de retenção para crianças, foi efetuada uma regressão linear múltipla, utilizando o método *enter*.

A correlação efetuada entre os conhecimentos e o processo de aquisição evidencia correlações fracas, oscilando entre $r=0,032$ no fator 3- *facilidade de utilização* e $r=0,194$ no

fator 1- *certificação*. Verificamos ainda que o *processo de aquisição do SRC* estabelece relações positivas com os conhecimentos dos pais, mas apenas significativas entre estes e o fator 1- *certificação*, indicando que, quanto maiores os conhecimentos, mais os pais valorizam a *certificação do SRC* (cf tabela 55).

Tabela 55. Correlação de *Pearson* entre os indicadores do processo de aquisição do SRC e os conhecimentos dos pais no uso do SRC

	<i>r</i>	<i>r</i> ²	<i>p</i>
Conhecimentos			
Fator 1- Certificação	0,194	0,0376	0,020
Fator 2- Características do SRC	0,038	0,0014	0,347
Fator 3- Facilidade de utilização	0,032	0,0010	0,370

Os resultados da análise de regressão revelam um erro padrão de estimativa muito elevada (16,11) e um valor de F não explicativo (F=1.752; p=0.161). Os coeficientes Beta indicam que o fator 1- *certificação* é significativo e o que apresenta maior peso, variando em sentido direto seguidos da *facilidade de utilização* e *características do SCR*, que variam em sentido inverso, mas não são significativos (cf tabela 56). Aferimos, assim, que maiores conhecimentos estão associados a maior atenção à *certificação* e menor às *características do SRC* e *facilidade na utilização*.

Tabela 56 - Regressão linear múltipla entre os conhecimentos e o processo de aquisição do SRC

Variável dependente = Conhecimentos					
R = 0,215					
R ² = 0,046					
R ² Ajustado = 0,020					
Erro padrão da estimativa = 16,11845					
Incremento de R ² = 0,046					
F = 1,752					
p = 0,161					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Beta	t	p	
Constante	52.402				
Fator1- Certificação	0,182	0,263	2,253	0,026	
Fator2- Características do SRC	-0,043	- 0,050	-0.420	0,675	
Fator3- Facilidade de utilização	-0,062	-0,082	-0.677	0,500	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	1362.895	3	455.298	1,752	0,161
Residual	28058,882	108	259.804		
Total	29424,777	111			

A figura 10 representa em síntese o modelo final ajustado entre os conhecimentos dos pais na utilização do SRC e a *certificação*. Apura-se que a única variável a entrar no modelo é a *certificação* cuja trajetória apresenta um coeficiente beta de 19,0% e explica 4,0% da variabilidade total dos conhecimentos dos pais no uso dos sistemas de retenção.



Figura 10 - Modelo final ajustado entre os conhecimentos e o processo de aquisição do SRC

No que respeita às atitudes dos pais, as correlações assumem-se igualmente baixas, oscilando entre $r = -0,034$ “*facilidade de utilização*” e $r = 0,120$ “*certificação*”. O *processo de aquisição do SRC* estabelece relações positivas com as atitudes dos pais, exceto no fator 3- *facilidade de utilização*, onde estas são negativas, mas não significativas em qualquer das associações estabelecidas (cf tabela 57).

Tabela 57 - Correlação de *Pearson* entre os indicadores do processo de aquisição do SRC e as atitudes dos pais na aquisição do SRC

	<i>r</i>	<i>r</i> ²	<i>p</i>
Atitudes			
Fator 1- Certificação	0.120	0.014	0.105
Fator 2- Características do SRC	0.061	0,003	0.260
Fator 3- Facilidade de utilização	-0.034	0,001	0.362

O modelo de regressão entre as atitudes e o processo de aquisição do SRC indica que as variáveis que entraram no modelo não são significativas ($F=1,125$; $p=0,342$), o que leva à aceitação de nulidade entre as variáveis, permitindo afirmar que as variáveis independentes não são preditoras das atitudes dos pais no processo de aquisição do SRC.

Contudo, pelos coeficientes padronizados *Beta*, assinalamos que o fator 1- *certificação* é o que revela maior valor correlacional ($\beta=0,175$) e o fator 2- *características do SRC* menor valor correlacional ($r=0.063$). Estas duas variáveis estabelecem uma relação direta com as atitudes e o fator 3- *facilidade de utilização* uma relação inversa, permitindo-nos afirmar que melhores atitudes se associam a maior atenção à *certificação* e *características do SRC*, mas menor *facilidade na utilização* (cf tabela 58).

Tabela 58 - Regressão linear múltipla entre as atitudes e o processo de aquisição do SRC

Variável dependente = Atitudes					
R = 0,174					
R ² = 0,030					
R ² Ajustado = 0,003					
Erro padrão da estimativa = 16,20747					
Incremento de R ² = 0,030					
F = 1,125					
p = 0,342					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente		t	p	
	B	Beta			
Constante	67,707				
Fator1-Certificação	0,121	0,175	1,490	0,139	
Fator2-Características do SRC	0,054	0,063	0,530	0,597	
Fator3-Facilidade de utilização	-0,123	-0,163	-1,335	0,185	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	886,519	3	295,506	1,125	0,342
Residual	28369,680	108	262,682		
Total	29256,198	111			

Como síntese às regressões múltiplas univariadas analisadas anteriormente, realizamos uma regressão múltipla multivariada cujos resultados se encontram consignadas na tabela 59 e figura 11. Pela tabela, denota-se que apenas a trajetória conhecimentos certificação se revela preditora, o que vem reforçar os resultados anteriores.

Tabela 59 - Trajetórias rácios críticos e coeficientes de regressão

Trajetórias			Rácios críticos (Z)	p	R ²
Atitudes	<---	Certificação	1,511	0,131	0,175
Atitudes	<---	Características	,537	0,591	0,063
Atitudes	<---	Facilidade utilização	-1,353	0,176	-0,163
Conhecimentos	<---	Facilidade utilização	-,686	0,493	-0,082
Conhecimentos	<---	Características	-,426	0,670	-0,050
Conhecimentos	<---	Certificação	2,284	0,022	0,263

Com a representação gráfica são apresentados os coeficientes de regressão das variáveis independentes (manifestas) para as variáveis dependentes (latentes) e o peso preditivo de cada uma destas. Para os **conhecimentos**, o coeficiente de regressão ou de trajetória da Certificação é de ($\beta_{\text{Certificação}}=0,26$), das Características do SRC é de ($\beta_{\text{Características do SRC}}=-0,05$) e da Facilidade de utilização é de ($\beta_{\text{Facilidade de utilização}}=-0,08$). O modelo explica cerca de 5% da variância observada entre os conhecimentos e as atitudes no uso do SRC.

Em relação às **Atitudes**, no processo de aquisição, verificámos que o coeficiente de regressão ou de trajetória da Certificação é de ($\beta_{\text{Certificação}} = 0,18$), das Características é de ($\beta_{\text{Características}} = 0,06$), e da Facilidade de utilização é de ($\beta_{\text{Facilidade de utilização}} = -0,16$). O modelo explica cerca de 3,0% da variância observada para as **atitudes** e 5,0% para os **conhecimentos**.

Observamos ainda que as *características do SRC* variam em sentido direto com as **atitudes** e inverso com os **conhecimentos**. Já a *facilidade de utilização* estabelece relação inversa com ambas, ao invés do que ocorre para a *certificação* cuja relação é direta.

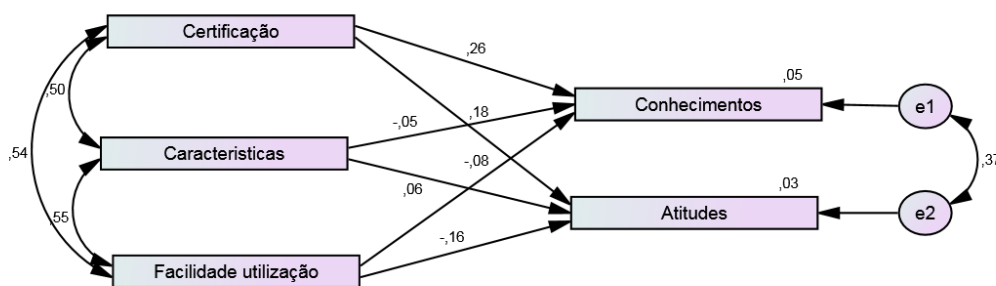


Figura 11. Modelo de regressão múltipla multivariada com atitudes e conhecimentos e processo de aquisição do SRC

Síntese

Tendo em atenção os resultados obtidos em relação a questão formulada, podemos afirmar que existe relação entre os itens relacionados com a certificação do SRC e os conhecimentos dos pais no uso do mesmo.

Considerando que os conhecimentos e atitudes dos pais na utilização do SRC podem estar intimamente ligados às suas características sociodemográficas, tais como idade, escolaridade, profissão, residência e número de filhos, foi formulada a seguinte questão:

Q2 - Qual a relação das variáveis sociodemográficas dos pais nos conhecimentos e atitudes no uso dos SRC?

- **Idade**

No intuito de relacionar os conhecimentos e atitudes das mães com os grupos etários, após aplicação do teste ANOVA, concluímos que, no que respeita aos conhecimentos, são as

mães com idade ≥ 33 anos a apresentar médias mais elevadas, ou seja, maiores conhecimentos face ao uso do SRC, seguidas das que têm 29-32 anos e com média mais baixa as mais novas (≤ 28 anos), com resultados estatisticamente significativos (Média=64,88; Dp=14,62; F=3,176; $p=0,046$), com uma variância explicada de 5,5%, inferindo-se que a idade das mães (as mais velhas) influencia o seu conhecimento no uso do SRC.

Relativamente às atitudes, são as mães com idade ≥ 33 anos a apresentar uma média mais elevada, indicativa de atitudes mais adequadas (Média=75,10; Dp=15,9), seguidas das mães com idade ≤ 28 anos (Média=72,04; Dp=15,9) e com atitudes menos adequadas as mães com idade entre os 29-32 anos (Média=70,30; Dp=20,10). Contudo, sem significância estatística significativa (F=0,819; $p=0,444$) e um valor de variância explicada mínimo, (VE=1,48%), o que nos permite afirmar a não existência de relação entre a idade da mãe e as suas atitudes no uso do SRC (cf. tabela 61).

No que respeita aos conhecimentos dos pais, verifica-se serem os pais com idade ≥ 37 anos a apresentar médias mais elevadas, ou seja, maiores conhecimentos face ao uso do SRC, seguidos dos pais com idade entre 32-36 anos e com média mais baixa os mais novos (≤ 31 anos), sem resultados estatisticamente significativos (F=0,048, $p=0,953$), com uma variância explicada de 0,08%, inferindo-se que não existe relação entre a idade dos pais e os seus conhecimentos no uso do SRC.

Em relação às atitudes dos pais, os resultados revelam que os que têm idade ≥ 37 anos apresentam médias mais elevadas, indicativo de atitudes mais adequadas (Média=74,82; Dp=13,42), seguidos dos pais com idade entre 32-36 anos (Média=71,68; Dp=17,46). Com atitudes menos adequadas situaram-se os pais mais novos (≤ 31 anos) (Média=71,53; Dp=17,83). Contudo, sem significância estatística (F=0,496; $p=0,610$) e uma variância explicada mínima (VE=0,9%), o que nos permite afirmar a não existência de relação entre a idade do pai e as suas atitudes no uso do SRC (cf. tabela 60).

Tabela 60 - Análise da variância a um fator entre a idade dos pais e os conhecimentos/attitudes no transporte do RN em SRC

Idade das mães	<=28 anos		29-32 anos		>=33 anos		Total		F	p	%VE
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Conhecimentos	56,0	16,45	61,0	17,09	64,88	14,62	60,66	16,28	3,176	0,046	5,50
Atitudes	72,04	15,99	70,30	20,10	75,10	13,17	72,72	16,23	0,819	0,444	1,48
Idade dos pais	<=31 anos		32-36 anos		>=37 anos		Total		F	p	%VE
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Conhecimentos	60,0	16,4	61,00	17,05	61,02	15,81	60,66	16,28	0,048	0,953	0,08
Atitudes	71,53	17,83	71,68	17,46	74,82	13,42	72,72	16,23	0,496	0,610	0,90

• Escolaridade

Para efetuarmos esta análise foi realizado o teste de *Kruskal-Wallis*, verificando-se que na relação dos conhecimentos com a escolaridade das mães, as que têm escolaridade de nível superior apresentam ordenações médias mais elevadas, enquanto as mães com escolaridade até ao 9º ano têm as ordenações médias mais baixas, com diferenças estatísticas significativa, que se situam, segundo o teste *post-hoc*, entre as mães com o 9º ano e aquelas com ensino superior (Qui-quadrado=2,809; $p=0,023$).

No que refere à relação entre as atitudes e a escolaridade, verificámos igualmente que as mães com ensino superior possuem ordenações médias elevadas e as mães com escolaridade até ao 9º ano possuem ordenações médias mais baixas, contudo, sem diferenças estatísticas significativas (Qui-quadrado=2,661; $p=0,329$) (cf. tabela 61).

Inferimos, deste modo, que à medida que as mães possuem mais escolaridade, melhoram os seus conhecimentos na utilização do SRC.

Relativamente aos pais, observámos pela análise da mesma tabela que os que possuem escolaridade superior apresentam ordenações médias mais elevadas e os que detêm escolaridade até ao 9º ano têm ordenações médias mais baixas. Não se verificaram, entretanto, diferenças estatísticas significativas (Qui-quadrado=2,809; $p=0,245$).

No que refere às atitudes, o teste de *Kruskal-Wallis* evidencia que os pais com ensino secundário têm as ordenações médias mais elevadas e os que têm escolaridade até ao 9º ano as mais baixas, sem significância estatística (Qui-quadrado= 2,661; $p=0,264$).

Tabela 61 - Teste de *Kruskal-Wallis* entre a escolaridade dos pais e os conhecimentos/attitudes no transporte do RN em SRC

Escolaridade Mãe	Até 9º ano OM	Secundário OM	Superior OM	X ²	p
Conhecimentos	44,50	54,06	66,26	7,544	0,023
Atitudes	48,18	58,74	59,05	2,225	0,329

Escolaridade Pai	Até 9º ano OM	Secundário OM	Superior OM	X ²	p
Conhecimentos	50,04	59,54	62,48	2,809	0,245
Atitudes	50,38	61,10	57,85	2,661	0,264

• Situação laboral

Para observarmos a relação entre os conhecimentos e atitudes das mães e a sua situação laboral foi realizado um *Teste t* para diferença de médias. Apurou-se que as mães não ativas possuem mais conhecimentos e melhores atitudes, assumindo o teste de *Leven's* igualdade de variâncias, o valor de *t* não é significativo, pelo que se infere que as duas variáveis são independentes (cf. tabela 62).

Tabela 62 - *Test t* para diferenças de médias entre conhecimentos e atitudes e a situação laboral das mães

Mãe	Ativos		Não ativos		<i>Leven's</i>		
	Média	Dp	Média	Dp	p	t	p
Conhecimentos	60,50	17,11	60,93	15,04	0,429	-0,133	0,894
Atitudes	72,20	17,90	73,57	13,28	0,283	-0,434	0,665

Em relação aos conhecimentos e atitudes dos pais e a sua situação laboral, foi aplicado o teste de *U Mann-Whitney*. Os dados obtidos permitem verificar que os não ativos apresentam ordenações médias mais elevadas nos conhecimentos e atitudes, no entanto, sem diferenças estatísticas significativas ($p=0,667$ e $p=0,961$, respetivamente) (cf. tabela 63).

Tabela 63 - Teste de *U Mann-Whitney* entre conhecimentos e atitudes e a situação laboral dos pais

Pais	Ativos	Não ativos	UMW	p
	OM	OM		
Conhecimentos	56,11	60,94	423,5	0,667
Atitudes	56,46	57,00	459,0	0,961

- **Distrito de residência**

No intuito de perceber a relação entre os conhecimentos e as atitudes com o distrito de residência foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis*. A análise da tabela 64 reporta que, relativamente aos conhecimentos, são os pais do distrito do Porto que têm ordenações médias mais elevadas e de Viseu com médias mais baixas, enquanto nas atitudes são os pais de outras cidades a apresentar ordenações médias mais elevadas e mais baixas os pais do distrito de Vila Real. Não se verificaram, no entanto, significância estatística em nenhuma das variáveis estudadas.

Tabela 64 - Teste de *Kruskal-Wallis* entre conhecimentos e atitudes e o distrito de residência

Distrito de residência	Vila Real	Viseu	Porto	Outras cidades	X ²	p
	OM	OM	OM	OM		
Conhecimentos	55,97	45,16	64,30	53,94	2,523	0,827
Atitudes	53,29	59,29	56,35	60,13	0,471	0,843

- **Número de filhos**

Na relação entre os conhecimentos e atitudes e o número de filhos, verifica-se, através do teste de *Kruskal-Wallis*, que os pais com mais de três filhos têm ordenações médias maiores, enquanto os pais com dois filhos são os que têm ordenações médias menores. Não se verificaram, no entanto, diferenças estatísticas significativas (cf. tabela 65).

Tabela 65 - Teste de *Kruskal-Wallis* entre conhecimentos e atitudes e o número de filhos

Número de filhos	Um filho	Dois filhos	≥Três filhos	X ²	p
	OM	OM	OM		
Conhecimentos	60,60	49,11	67,21	4,053	0,246
Atitudes	56,25	55,94	62,21	0,132	0,884

Síntese

Com base nos resultados obtidos e tendo em conta a questão formulada, podemos afirmar que apenas a idade e a escolaridade das mães influencia os seus conhecimentos, verificando que são as mais velhas e com escolaridade superior a apresentar maiores conhecimentos na utilização do SRC.

Face à vulnerabilidade do RN, os pais adotam, desde o primeiro dia, uma atitude de proteção e segurança no transporte em veículo motorizado, intenção de proteção realizada através da utilização de um sistema de retenção.

Tendo em atenção os resultados obtidos, fomos averiguar se os conhecimentos intervêm nas atitudes dos pais na aquisição e uso do SRC.

Q3 - Será que os conhecimentos são mediadores das atitudes dos pais na aquisição e uso do sistema de retenção para crianças?

De modo a responder a esta questão foi efetuada uma análise de trajetórias “*path analysis*” entre o *processo de aquisição e uso do SRC* e as *atitudes dos pais* no uso do SRC mediada pelos os conhecimentos.

A tabela 66 e figura 12 apresentam, respetivamente, os rácios críticos e os coeficientes estandardizados das trajetórias. Notamos que, tal como nos resultados já anteriormente apresentados, apenas a trajetória correspondente aos **conhecimentos** com a *certificação* e **conhecimentos** com **atitudes** apresentavam significância estatística.

Tabela 66 - Estimativas e rácios críticos das trajetórias

Trajetoárias			Estimativas	S:E:	Racio crítico (Z)	p
Conhecimentos	<---	Facilidade utilização	-,062	,090	-,686	,493
Conhecimentos	<---	Características	-,043	,100	-,426	,670
Conhecimentos	<---	Certificação	,182	,080	2,284	,022
Atitudes	<---	Certificação	,054	,076	,706	,480
Atitudes	<---	Facilidade utilização	-,100	,084	-1,181	,238
Atitudes	<---	Características	,070	,094	,745	,456
Atitudes	<---	Conhecimentos	,369	,089	4,159	***

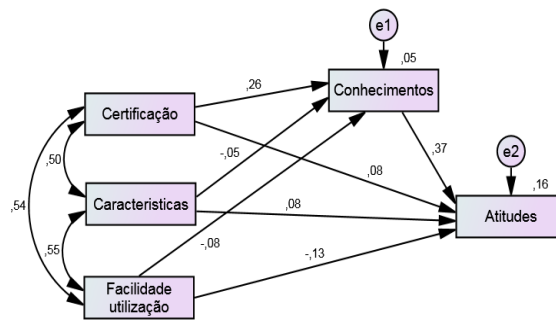


Figura 12 - Trajetórias entre processos de aquisição e atitudes dos pais mediados pelos conhecimentos

Face ao exposto, decidimos testar apenas o modelo final tendo em consideração a variável *certificação*. Assim, o efeito desta variável sobre as **atitudes** tem um efeito direto não significativo ($\beta=0.05$; $p=0.526$) e um efeito indireto mediado pelos **conhecimentos** cuja estimativa é dada pelas trajetórias *certificação versus conhecimentos* e *conhecimentos versus atitudes* ($\beta=0.07$), sendo que o modelo estima cerca de 15% da variabilidade das **atitudes** face aos **conhecimentos**. A significância dos efeitos não é estatisticamente significativa dado que o valor de z calculado ($Z=0.324$) é inferior ao tabelado ($Z=1.96$).

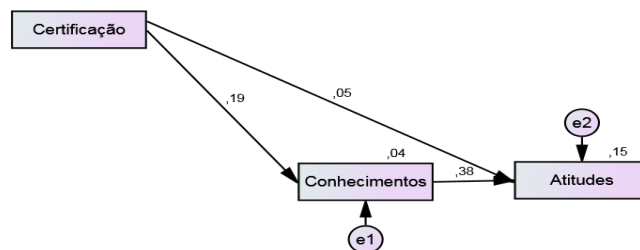


Figura 13 - Modelo final ajustado da trajetória certificação com atitudes mediado pelos conhecimentos

Síntese

Conclui-se, portanto, que o efeito de mediação dos **conhecimentos** relativo ao efeito da *certificação* do SRC sobre as **atitudes** não é estatisticamente significativo.

3 - Discussão

Neste capítulo serão discutidos os resultados obtidos anteriormente que mais se evidenciaram e serão de igual forma comparados com outros estudos realizados dentro desta temática.

3.1 - Discussão Metodológica

O rigor científico, base exigida em cada trabalho de investigação, foi sempre tido em consideração ao longo do nosso estudo.

A metodologia escolhida (quantitativa, estudo não experimental, do tipo descritivo correlacional) facilitou a obtenção de dados referentes às variáveis e permitiu alcançar os nossos objetivos.

Face aos poucos estudos realizados nesta área, este trabalho tornou-se um desafio desde o início. A elaboração do instrumento de recolha de dados e todo o processo de recolha dos mesmos tornou-se uma mais-valia, não só em termos pessoais e profissionais, mas também para futuros estudos na área, de modo a incrementar a segurança infantil rodoviária e a literacia dos pais/cuidadores no transporte de RNs/crianças em SRC.

Verificou-se, no entanto, que pelo facto de a informação ter sido obtida através do preenchimento do questionário pelos pais, as informações fornecidas, dependentes da sua honestidade e sinceridade, pudessem não corresponder à realidade quotidiana mas ao desejo de as realizar. Contudo, a participação e colaboração dos pais considerou-se essencial para a realização do estudo.

3.2 - Discussão dos Resultados

Pretendemos neste capítulo discutir os resultados mais pertinentes encontrados e, dentro do possível, compará-los com outros estudos do mesmo âmbito.

Iremos da mesma forma proceder à discussão dos resultados obtidos face às questões de investigação colocadas.

Na presente investigação, foi possível realizar um perfil sociodemográfico da amostra, com base na análise dos dados.

A nossa amostra foi constituída por um total de 112 pais, utilizadores de um hospital do norte do país e cujos RNs se encontravam internados no serviço de obstetrícia ou neonatologia, no período de março a maio de 2014 e aos quais foi entregue um questionário que responderam de forma voluntária e anónima.

A idade das mães variou entre um mínimo de 18 anos e um máximo de 41, com uma Média=30,34, Dp=5,631 e um coeficiente de variação de 31,71%.

Estes valores vão de encontro às estatísticas nacionais em 2013 em que, segundo o INE, a idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho era de 29,7 anos e a idade média da mulher ao nascimento de um filho era de 31,2 anos, mantendo-se a tendência de adiamento da maternidade (Pordata, 2014a).

A idade dos pais variou entre um mínimo de 19 anos e um máximo de 48 anos, uma Média=33,91 e Dp=6,096 e um coeficiente de variação de 37,16.

Relativamente à profissão, 28,6% das mães exercia uma profissão pertencente ao grupo 2 (Especialistas das atividades intelectuais e científicas) e 14,3% ao grupo 5 (Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores). De referir que 38,4% das mães se encontravam inativas, o que vai ao encontro da realidade social atual com valores importantes do desemprego, em 2014 a taxa de desemprego feminina foi de 14,3% (Pordata, 2014b).

Os pais exerciam em 19,6% profissões pertencentes ao grupo 7 (Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices), 12,2% ao grupo 5 e 12,5% ao grupo 2. Nesta amostra, encontramos 8% de pais inativos. De referir que em 2014, a taxa de desemprego masculina situou-se em 13,5% (Pordata, 2014b).

Ao analisarmos a escolaridade dos pais, estes foram divididos em três categorias: até ao 9ºano, secundário e superior. No nível académico superior incluímos o mestrado e o doutoramento pelo facto de esta resposta não ter sido referida em número suficiente para criação de outra categoria académica.

Os resultados indicam que 40,2% tinha o ensino secundário, 37,5% tinham o nível académico superior e 22,3% das mães tinham escolaridade até ao 9º ano. Em Portugal, no ano de 2014 e relativamente ao sexo feminino, verificaram-se dados opostos à realidade da nossa

amostra, com a escolaridade até ao 9º ano em maioria (50,6%), seguido do ensino superior (19%) e com 18,6% o ensino secundário (Pordata, 2014c).

Em relação aos pais, 44,6% tinha até ao 12º ano, 37,5% possuía escolaridade até ao 9º ano e 17,9% possuía o nível académico superior. Estes valores não vão igualmente ao encontro dos que se verificaram a nível nacional em 2014, com a escolaridade até ao 9º ano em maior percentagem (61%), seguido do ensino secundário (19,9%) e do ensino superior (13,6%).

No entanto, estes resultados assemelham-se ao perfil atual do país, onde se verifica que as mulheres atingem um nível académico mais elevado (Pordata, 2014d).

Relativamente ao local de residência, os pais eram maioritariamente da área de abrangência do hospital onde se realizou o estudo e de outros locais não inseridos nessa área, mas geograficamente perto, nomeadamente distrito de Vila Real (68,8%), distrito de Viseu (14,7%) e distrito do Porto (9,2%). Uma pequena percentagem (7,3%) reside em outras cidades.

No que concerne ao número de filhos, os pais da amostra tinham no mínimo 1 filho e no máximo 4, com uma Média=1,53 (Dp=0,643) e um CV de 42,02%, valores ligeiramente mais altos que o índice sintético de fecundidade nacional⁶ em 2013 (1,21 filhos) (Pordata, 2014e).

De acordo com os resultados de um inquérito realizado pelo Instituto Nacional de Estatística em 2013, as mulheres dos 18 aos 49 anos e os homens dos 18 aos 54 anos, residentes em Portugal, tinham, em média, 1,03 filhos (Pordata, 2014e).

A maioria dos pais da nossa amostra (54,5%) estava a viver a experiência do nascimento do primeiro filho, o que retrata também a realidade do país. No ano de 2013, 40% das mulheres e 38% dos homens optam por ter o primeiro filho (e eventualmente o único) entre os 30 e 39 anos. A maioria das pessoas dos 18 aos 29 anos de idade não tem filhos (74% das mulheres e 88% dos homens). Também se verificou que a média de idade em que tiveram o primeiro filho rondou os 26 anos para as mulheres e os 28 anos para os homens, refletindo a tendência para serem pais mais tardiamente (Pordata, 2014e).

No transporte após a alta do RN, o automóvel era para 96,4% o meio de transporte mais utilizado, somente 3,6% iria utilizar outro tipo de transporte. Num estudo realizado para

⁶ Número médio de crianças nascidas por cada mulher em idade fértil, ou seja, entre os 15 e os 49 anos de idade (Pordata, 2015, <http://www.pordata.pt/Glossário>)

determinar como os pais transportavam os seus filhos ao serviço de urgência, Borges et al. (2005) concluíram ser o automóvel o meio de transporte mais utilizado.

Este transporte seria feito, segundo 97,3% dos pais, em SRC (vulgarmente chamado de cadeirinha), 0,9% pretendia utilizar o colo e 1,8% as alcofas. Os recentes estudos realizados pela APSI revelam um aumento da intenção de proteção (aumento do uso de SRC), assim como dos resultados do estudo de Martins et al. (2008) que também verificaram que, após alta hospitalar, a cadeirinha era o sistema de retenção mais usado (72,8%), contudo, o uso da alcofa e do colo apresentavam um valor mais elevado (18,5% e 7,2%, respetivamente). No entanto, 92% das mães considerava o transporte ao colo inseguro.

Esta diferença indica a evolução na intenção de proteção desde 2008 constatada pelos estudos de observação realizados pela APSI e GAS, que consideramos positiva.

Os SRC que os pais possuíam eram na sua maioria novos (54,5%) e para 45,5% eram usados/emprestados. Este facto poderá estar associado à atual crise económica e à justificada necessidade de rentabilização e partilha de bens pelas famílias e amigos. Em 2010, Bacalhau et al. concluíram no seu estudo que 10% dos pais que ia utilizar um SRC usado desconhecia se estava homologado e também não verificava o seu estado de conservação.

Os SRC usados ou emprestados tinham no mínimo um ano e no máximo 10 anos, com uma média de 3,78 anos ($Dp=2,19$).

Neste âmbito, a APSI recomenda que, por norma, a cadeira não seja utilizada por mais do que uma criança, pois estes sistemas foram fabricados tendo em conta a utilização média por uma criança, num determinado período de tempo. Sendo, para além disso, muito difícil garantir as suas condições de utilização só através de uma observação, pois a intensidade do seu uso pode influenciar o seu estado de conservação.

Por esta razão, as cadeirinhas do RN devem ser compradas para cada utilizador. No entanto, e caso a família deseje utilizar uma cadeira que já tenha sido usada anteriormente, a APSI recomenda como fontes de segurança que:

- o SRC nunca tenha estado envolvido num acidente;
- seja homologado pelo Regulamento R44 03 ou 04;
- o SRC não apresente danos visíveis e tenha todas as peças em bom estado e a funcionar corretamente (arnês, fecho,...);
- o SRC tenha o livro de instruções, a etiqueta de homologação e indicações de instalação coladas na própria cadeira (APSI, 2014a).

Pelos estudos de observação realizados pela APSI, embora tenha aumentado a percentagem da intenção de proteção, esta não tem sido acompanhada pela proteção adequada (SRC adequado e bem colocado) (APSI, 2012a). Também Bacalhau et al. (2010) concluíram que várias ações contribuíram para o aumento do uso do SRC, mas nem sempre para o seu uso correto.

Assim, reforçam a importância da equipa de enfermagem verificar o estado de conservação e homologação do SRC e realizar o treino de colocação do RN no mesmo, de forma a garantir o transporte de forma correta, em segurança.

Estes dados foram corroborados pelas respostas de como deveriam ser as atitudes corretas no transporte do RN em SRC. Verificámos que nenhum dos pais respondeu corretamente a todos itens propostos. As estatísticas (média= 8) revelaram que 68,8% dos pais tinham atitudes corretas e 31,3% atitudes incorretas.

Na Campanha 2014 do ACP, verificou-se que 98% dos inquiridos afirmava transportar corretamente as crianças no automóvel.

A APSI considera que, na maior parte dos casos, a utilização incorreta e/ou desadequada dos SRC se deve à falta de informação correta, consistente e clara às famílias (APSI, 2010).

Também o grande número de marcas e preços dos SRC dificulta a tarefa dos pais aquando do processo de aquisição.

Foi, deste modo, solicitado aos pais, que ordenassem por nível de importância, desde o “nada importante” ao “muito importante” os itens referentes ao processo de aquisição do SRC. Concluímos que valorizam mais a segurança do SRC (Média=4,62; Dp=0,685) e a faixa de peso a que se destina o SRC (Média=4,17; Dp=0,945). No estudo realizado por Ribeiro et al. (2006), os pais assinalaram o gosto pessoal como fator determinante na escolha do modelo do SRC.

A internet (51%) e as lojas de puericultura (56%) foram as locais onde os pais mais procuraram informações sobre SRC, de referir porém, que 8% não procurou informação. Já no estudo de Martins et al. (2008), 80,8% das mães referiu a comunicação social como fonte de informação. No estudo de Bacalhau et al. (2010), os pais inquiridos mencionaram como principal fonte de informação os profissionais da maternidade (75%), a comunicação social (37%), os familiares e amigos (29%) e em menor percentagem (15%) o médico de família/pediatra.

Para colocação do SRC no automóvel, 53,6% dos pais referiu ler as instruções, enquanto 21,4% mencionava outra pessoa (não especificando qual) e 34,8% declarou ter aprendido no local de venda.

A maioria dos pais experimentou o SRC no automóvel (72,3%) antes do nascimento do RN.

No que respeita à principal dificuldade na aquisição do SRC, 37,5% dos pais referiu estar relacionada com a escolha do SRC adequado, não só ao RN, mas também ao automóvel e o facto de haver uma grande diversidade no mercado. Entretanto, 29,5% não teve dificuldades e para 1,78% dos pais as dificuldades foram em relação à falta de locais de venda e a pouca informação dos vendedores.

Na questão sobre se conheciam a legislação em vigor sobre transporte de crianças em SRC, 83% da amostra referiu conhecê-la e no que se refere à coima, 68,8% considera ser adequada. Em 2004, Sandes e Levy concluíram, no seu estudo, que 98% dos pais sabia da existência da legislação sobre este tema. Também Martins et al. (2008) concluíram que 76,8% das mães inquiridas conhecia a legislação em vigor sobre transporte de RN/crianças em SRC.

Quando perguntámos se conheciam alguma campanha ou organismo de prevenção de acidentes/segurança infantil, a maioria dos pais (85,7%) referiu não ter conhecimento e somente 14,3% referiu conhecer. A organização mais referida foi a APSI, as outras campanhas/organizações foram: ACP campanhas; serviços de segurança infantil Prevenção Rodoviária, Escola Segura, Segurança Rodoviária Portuguesa. Também no estudo realizado por Borges et al. (2005), 63% dos inquiridos desconhecia qualquer tipo de campanha de prevenção ou ensino correto de transporte das crianças.

Ao tentarmos saber qual o conhecimento dos pais sobre o transporte do RN/criança em SRC virado no sentido inverso ao do trânsito, as respostas foram diversificados, tendo-se agrupado por itens: proteção da cabeça; evitar projecção; mais seguro/reduz lesões, mas destacaram-se ainda respostas vagas/incorrectas.

Da análise dos dados, verificámos que 39,28% dos pais considera que é mais seguro/reduz lesões, 13,39% para proteção da cabeça, 10,71% consideram que evita a projecção e em 9,82% obtivemos resposta vagas/incorrectas. Estes resultados são contudo mais animadores do que encontrados por Ribeiro et al. (2006) onde se concluiu que somente 19% dos pais iria colocar o RN em sentido inverso ao do trânsito.

A DGS recomenda que desde o primeiro transporte, à saída da maternidade, o RN deve viajar num SRC voltado para trás. Só deste modo a cabeça, o pescoço e a região dorsal estarão devidamente protegidos, em caso de acidente, pois são apoiados uniformemente (DGS, 2010b).

A APSI recomenda o transporte das crianças de costas para o sentido do trânsito até o mais tarde possível, sustentada na evidência científica de vários estudos, baseados na análise de acidentes reais, desde a década de 80. Estes demonstraram que esta é a posição em que a criança está mais protegida de traumatismos graves e mesmo da morte, quando viaja de automóvel.

Um exemplo a nível europeu é a Suécia, em que a maior parte das crianças viaja de costas até aos 3/4 anos, e onde se verifica que a mortalidade como passageiro nestas faixas etárias é praticamente nula (APSI, 2011).

No entanto, todos os pais consideram que o SRC corretamente utilizado pode diminuir o número de lesões. Também Martins et al. (2008) concluíram que 80,4% dos seus inquiridos considerava mais seguro o transporte com SRC apropriado.

Os estudos realizados pela APSI demonstram que a redução da mortalidade infantil relacionada com acidentes rodoviários foi paralela ao aumento da utilização de SRC (APSI, 2010), o que comprova a eficácia do SRC e a importância da sua utilização de forma apropriada.

O uso correto de um SRC reduz o risco de morte das crianças, segundo a OMS, entre 54 e 80% (DGS, 2013b)

Na nossa amostra, 67% dos pais considerou possuir conhecimentos adequados sobre a utilização do SRC, 22,3% considerou possuir bastantes/muito adequados e 10,7% considerou possuir conhecimentos inadequados/pouco adequados. No estudo de Martins et al. (2008), as puérperas referiram encontrar-se bem informadas sobre o transporte automóvel seguro.

Relativamente à recomendação para facilitar a aquisição/utilização do SRC, os pais mencionaram ações no âmbito do instruir/treinar (Média = 72,32), ou seja, formação e com ações referentes ao ensinar (Média = 77,67), ou seja, informação.

No que se refere ao profissional mais habilitado para informar sobre SRC e sua utilização, (66,4%) dos pais considerou os vendedores no local de venda, (63,1%) o enfermeiro e (55%) considerou o médico.

Em resposta às questões de investigação, verificámos relações positivas entre o processo de aquisição do SRC e os conhecimentos dos pais, contudo, apenas significativos entre estes e o fator 1-*certificação*. Concluímos, pelas análises efetuadas, que maiores conhecimentos estão associados a maior atenção dos pais na *certificação do SRC* e menor nas *características do SRC* e *facilidade na utilização*.

Também no que se refere as atitudes, verificámos que melhores atitudes se associam a uma maior atenção à *certificação* e *características do SRC*, e menor na *facilidade de utilização*.

Estes resultados vão ao encontro das dificuldades referidas pelos pais na aquisição do SRC, onde a maioria mencionava a escolha do SRC adequado e mais seguro para o recém-nascido.

Considerando que os conhecimentos e atitudes dos pais na utilização do SRC podem estar intimamente ligados às suas características sociodemográficas (idade, escolaridade, profissão, residência e número de filhos), constatou-se de forma significativa maiores conhecimentos nas mães com idade ≥ 33 anos e menores nas mães mais novas (com idade ≤ 28 anos). Assim pudemos inferir que a idade das mães (as mais velhas) influencia os conhecimentos no uso do SRC (Média = 64,88; Dp=14,62; F=3,176; $p=0,046$).

Porém não se verificou relação entre a idade das mães e as suas atitudes no uso do SRC.

No que respeita aos pais, são os que têm mais idade (≥ 37 anos) que detêm mais conhecimentos e melhores atitudes no uso do SRC, não se verificando, no entanto, relação estatística significativa.

No que concerne à escolaridade, verificou-se de forma significativa que as mães com o 9º ano e as que possuíam o ensino superior revelavam mais conhecimentos (Qui-quadrado=2,809; $p=0,023$).

No que concerne às atitudes, verificámos melhores atitudes nas mães com ensino superior, embora sem significância estatística.

Os pais com ensino superior possuem melhores conhecimentos, sem relação estatística. Nas atitudes, são os pais com ensino secundário que têm melhores atitudes, não existindo relação estatística.

Estes resultados diferem dos encontrados no estudo de Martins et al. (2008), onde não se verificou relação estatística significativa entre as atitudes no transporte do RN em SRC e a idade dos pais e a escolaridade.

Também o estudo de Martins et al. (2008) não revelou relação estatística significativa entre as atitudes no transporte do RN em SRC e a escolaridade das mães. Resultado idêntico também se verificou no estudo de Aparício (2009).

No que respeita à relação entre a situação laboral das mães e dos pais e os conhecimentos na utilização do SRC, constatou-se que os não ativos possuem mais conhecimentos e melhores atitudes, porém sem significância estatística.

Relacionando o distrito de residência, verificamos que os pais do distrito do Porto possuem mais conhecimentos e os do distrito de Viseu possuem menos conhecimentos, contudo sem relação estatística significativa. Já os pais de “outras cidades” possuem melhores atitudes e os do distrito de Vila Real piores atitudes, contudo sem significado estatístico.

Estes resultados não se assemelham aos do estudo realizado por Aparício (2009), em onde Vila Real foi considerada a cidade onde os pais tinham melhores atitudes no transporte da criança em SRC.

Quando analisada a questão se os conhecimentos seriam mediadores das atitudes dos pais na aquisição e uso dos SRC, verificou-se relação com significância estatística nas trajetórias entre os conhecimentos e a certificação e entre os conhecimentos e as atitudes.

No entanto, o efeito de mediação dos conhecimentos face ao efeito *Certificação* do SRC sobre as atitudes, não foi estatisticamente significativo.

Julgamos ter refletido e discutido os resultados encontrados nesta investigação com o conhecimento atual sobre o assunto, porém, os poucos estudos atuais nesta área, não nos permite realizar uma maior comparação de resultados.

CONCLUSÃO

O nascimento de um RN acarreta a necessidade de adquirir um conjunto de produtos e artigos, nomeadamente o SRC, que fazem parte do seu enxoval. Para muitos pais é uma novidade, que se complica face à grande oferta disponível no mercado. Torna-se, assim, importante que os pais/famílias estejam bem informados sobre os aspetos do produto a ter em consideração (a sua conceção e utilização), de forma a simplificar esta tarefa e auxilia-los para que façam escolhas mais acertadas (APSI, 2014e).

A escolha do SRC adequado é difícil, pois existem muitas marcas e modelos disponíveis no mercado e deve ter-se em atenção alguns aspetos, nomeadamente a compatibilidade com o automóvel, homologação para o peso da criança e instalação de acordo com as instruções do fabricante e recomendações das autoridades (APSI, 2014e).

Constatamos no nosso dia-a-dia o aumento do uso de SRC, embora nem sempre realizado de forma correta.

O transporte de um RN/criança num automóvel sem o respetivo sistema de retenção ou a sua utilização desadequada, é um comportamento irresponsável que, em caso de acidente ou numa mera travagem brusca, pode ter consequências fatais. Por exemplo, numa colisão a 50 Km/h, se a criança não for transportada em sistema de retenção apropriado e de forma correta, equivale a uma queda de um terceiro andar. Este comportamento rodoviário está devidamente legislado, sendo uma contraordenação grave punida com uma coima até €600 e sanção acessória de inibição de conduzir até um ano por cada criança transportada indevidamente (artigo 55º do Código da Estrada) (ANSR, 2011b).

Neste estudo verificámos que os pais mostram preocupação com a segurança do seu RN, no entanto, verificámos a existência da falta de conhecimentos e atitudes adequadas no uso correto do SRC. Assim, apresentamos, de seguida, os principais resultados obtidos:

- i) As mães participantes tinham uma média de idade de 30,37 anos ($Dp=5,63$) e os pais 33,91 ($Dp=6,09$);
- ii) O SRC fazia parte do “enxoval” do bebé em 54,5% dos participantes e destes, 72,3% já o tinha experimentado no automóvel;
- iii) Pretendiam usá-lo na alta desde a maternidade 97,3%. Contudo, apurou-se que apenas 47,3% o faria de forma adequada;
- iv) Dos participantes, 83% referiu conhecer a legislação, na totalidade da amostra, reconheceram que a utilização do SRC previne lesões em caso de acidente e 67% admitiram ter conhecimentos adequados sobre SRC;
- v) A principal dificuldade na aquisição do SRC foi relacionada com a escolha do SRC adequado, não só ao RN mas também ao automóvel, e o facto de haver uma grande diversidade de modelos e preços no mercado;
- vi) Para facilitar a aquisição/utilização do SRC, os pais assinalaram a necessidade de ações no âmbito do instruir/treinar, ou seja, no âmbito da formação e ações referentes ao ensinar, ou seja, consignadas à informação;
- vii) No que respeita ao profissional mais habilitado para informar sobre SRC e sua utilização, 66,4% dos pais consideraram os vendedores no local de venda, 63,1% o enfermeiro e 55% o médico/pediatra;
- viii) Não se verificou relação estatística entre o processo de aquisição do SRC e os conhecimentos e as atitudes no seu uso, contudo, existem relações positivas entre os conhecimentos e o fator 1 (certificação), inferindo-se que os pais com mais conhecimentos, valorizam mais os itens da certificação do SRC;
- ix) Existe relação estatística significativa entre a idade das mães (com idade ≥ 33 anos) e os conhecimentos ($p=0,046$);
- x) As mães com ensino superior apresentam mais conhecimentos na utilização do SRC ($p=0,023$);
- xi) Verificou-se melhores atitudes nas mães com ensino superior, embora sem significância estatística;
- xii) Os pais com ensino superior possuem melhores conhecimentos e pais com ensino secundário melhores atitudes na utilização do SRC, mas sem significância estatística;

xiii) Verificou-se que os pais não ativos possuem mais conhecimentos e melhores atitudes, contudo sem significância estatística;

xiv) Verificamos que os pais residentes do distrito do Porto possuem mais conhecimentos e os do distrito de Viseu menos, porém sem significância estatística;

xv) Os pais de “outras cidades” possuem melhores atitudes e os do distrito de Vila Real piores, contudo sem significado estatístico;

xvi) Concluiu-se ainda a existência de relação entre os conhecimentos e a *certificação* do SRC e entre os conhecimentos e as atitudes. Contudo, os conhecimentos não se revelaram mediadores das atitudes (sobre o efeito da *Certificação do SRC*).

Os resultados evidenciam a importância da implementação de estratégias para melhorar os conhecimentos dos pais sobre SRC e, conseqüentemente, as suas atitudes no uso dos SRC.

Implicações para a prática

A realidade observada no dia-a-dia vai de encontro aos resultados obtidos, verificámos que os pais se preocupam em adquirir um SRC, mas o transporte do recém-nascido no mesmo, não é realizado, na maioria, de forma correta. O reforço do ensino sobre transporte seguro do recém-nascido em SRC e a demonstração de como deve ser realizado é um dos ensinamentos obrigatórios a ser efetuado na alta do recém-nascido. Capacitar os pais para que o transporte correto do recém-nascido em SRC seja realizado como fonte de segurança e um dos cuidados essenciais ao seu bom desenvolvimento, é um desafio atual para todos os profissionais de enfermagem na área da segurança infantil.

Após reflexão sobre os resultados do estudo, recomendamos:

- informação adequada, clara e precisa durante a gravidez sobre SRC;
- demonstração da colocação correta do recém-nascido no SRC e este no banco simulador e, se necessário ou possível, no automóvel onde vai ser utilizado, a todos os pais, antes da alta hospitalar;
- informação correta e clara nos locais de venda de SRC;
- realização de filmes/campanhas, por entidades próprias, sobre a correta utilização do SRC;

- fiscalização, por entidades adequadas, do uso de SRC e correta informação quando oportuno;
- fornecimento dos SRC adequados pelas marcas de automóveis;
- atribuição de “cheques-cadeira”, por parte do Estado, aos pais;
- dar continuidade ao programa de transporte em segurança na Unidade Hospitalar onde prestamos cuidados, propondo o seu alargamento a todas as unidades do nosso País.

Esperamos que o nosso estudo possa aumentar os conhecimentos sobre o uso correto de SRC no transporte de RNs e também dar mais um contributo para melhorar os cuidados de saúde em termos de segurança infantil rodoviária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Lusa. (2014, 9 out.). *GNR fiscaliza uso dos cintos de segurança e telemóvel na sexta-feira. Jornal i*. Recuperado de <http://www.ionline.pt/artigos/portugal/gnr-fiscaliza-uso-dos-cintos-seguranca-telemovel-na-sexta-feira>
- Alarcão, M., & Relvas, A.P. (2002). *Novas formas de família*. Coimbra: Quarteto.
- Amann, G.P. (2012). *Promoção da alta segura. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes-relatorio-do-projeto-de-promocao-da-alta-segura.aspx>
- Amaro, F. (2006). *Introdução à sociologia da família*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Amazonas, M.C.L.A., Damasceno, P.R., Terto, L.M.S., & Silva, R.R. (2003). Arranjos familiares de crianças de camadas populares. *Psicologia em Estudo*, 8 (especial), 11-20. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa03.pdf>
- Aparício, G. (2009). Transporte rodoviário seguro de crianças: Iniciativa do Dia Internacional da Criança de 2008. *Ordem dos Enfermeiros*, 32, 30-34.
- Aparício, G., & Rebelo, H. (2013). Are our children being transported safely? Diagnose of the road transport in a group of portuguese children. *Atención Primaria*, 45 (Esp. Cong. 1), 42.
- Aparício, G., & Rebelo, H. (2014). Child's road transport as a passanger of the intent to protect into the effective protection. *Atención Primaria*, 46 (Esp. Cong. 1), 59.
- Askevis-Leherpeux, F. (2001). Atitude. In R. Doron & F. Parot, *Dicionário de psicologia* (p.89). Lisboa: Climepsi.
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2010). *As mortes de crianças por acidentes rodoviários diminuíram em mais de 70% nos últimos 12 anos*. Comemoração do Dia Europeu da Segurança Rodoviária da Comissão Europeia.
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2011). *Porquê transportar as crianças de costas até aos 3 ou 4 anos*. Lisboa: Autor. Recuperado de <https://pt-pt.facebook.com/notes/apsi-associa%C3%A7%C3%A3o-para-a-promo%C3%A7%C3%A3o-da-seguran%C3%A7a-infantil/por-qu%C3%AA-transportar-crian%C3%A7as-de-costas-at%C3%A9-aos-3-ou-4-anos/277137535672726>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2012a). *Estudo de observação do transporte de crianças em veículos ligeiros, 2012*. Lisboa: Autor. Retirado de <http://a>

- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2012b). *Vinte anos a olhar pela segurança das crianças: O que mudou em Portugal?*. Recuperado de http://www.nogueiradesign.com/APSI/APSI%20_20_anosResumoPerfileRelatorio%20PT.pdf
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014a). *Estudo de observação do transporte de crianças em veículos ligeiros, 2013*. Lisboa: Autor. Retirado de <http://apsisegurancainfantil.blogspot.pt/2014/07/estudo-de-observacao-do-transporte-de.html>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014b). *Definição de acidente da OMS*. Recuperado de <https://es-la.facebook.com/apsi.org.pt/posts/419219644765746>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014c). *Associação para a Promoção da Segurança Infantil: Quem somos*. Lisboa: Autor. Recuperado de <http://www.apsi.org.pt/index.php/pt/apsi/quem-somos/quem-somos-home>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014d). *Nova norma de segurança para cadeirinhas*. Lisboa: Autor. Recuperado de <http://apsisegurancainfantil.blogspot.pt/2014/02/nova-norma-de-seguranca-para-cadeirinhas.html>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014e). *Como escolher o enxoval do bebé*. Lisboa: Autor. Recuperado de <http://apsisegurancainfantil.blogspot.pt/2014/02/01archive.html>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2015). *ALTA SEGURA - Transporte do recém-nascido desde o 1º dia de vida*. Lisboa: Autor. Recuperado de http://apsisegurancainfantil.blogspot.pt/2015/01/alta-segura-transporte-do-recem-nascido_16.html
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. (2010). *Sinistralidade rodoviária: Ano de 2009*. Recuperado de file:///C:/Users/User/Downloads/Rel_anual09.pdf
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. (2011a). *Sinistralidade rodoviária: Ano de 2010*. Recuperado de file:///C:/Users/User/Downloads/RelatorioNacional_Vitimas30Dias_Ano2010.pdf
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. (2011b). *Cadeirinhas com alterações*. Recuperado de <http://www.segurancaRodoviaria.pt/sistemas-de-retencao-para-criancas-2/>
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. (2013a). *Relatório de Atividades 2013*. Recuperado de <http://www.ansr.pt/InstrumentosDeGestao/Documents/Relat%C3%B3rios%20Atividades/RA2013.pdf>
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. (2013b). *Sinistralidade rodoviária: Ano de 2012*. Recuperado de <http://www.ansr.pt/LinkClick.aspx?fileticket=szAd34aelrU%3D&tabid=402&mid=1338&language=pt-PT>
- Bacalhau, S., Luz, A., & Gama, E. (2010). Sistemas de retenção para crianças: Questionário aos pais. *Saúde Infantil*, 32 (1), 33-36.
- Barros, J. (2002). *Psicologia da família*. Lisboa. Universidade Aberta.
- Borges, A.C., Costa, E., Pinto, M.L., & Costa, M. (2005). Como transporta os seus filhos? *Nascer e Crescer*, 14 (2), 73-77.
- Campana, A. (2001). *Investigação científica na área médica*. São Paulo: Manole.

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, A.M., Sá, A., Fraga, J., Dias, F., & Serafino, M.J. (2011). Prevenção de acidentes: O que sabem os pais. *Nascer e Crescer*, 20 (4), 244-247.
- Coutinho, J.A. (2012). *Segurança infantil. Prevenção de acidentes*. Recuperado de <https://jorgeazevedocoutinho.files.wordpress.com/2012/05/seguranc3a7a.pdf>
- Decreto-Lei nº 44/2005*, de 23 de fevereiro. No uso da autorização legislativa concedida pela Lei n.º 53/2004, de 4 de Novembro, altera o Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de Maio. *Diário da República*, 38. Série I-A.
- Dessen, M.A., & Polonia, A.C. (2007). A Família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia*, 17 (36), 21-32. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a03.pdf>
- Dias, M.O. (2000). A família numa sociedade em mudança problemas e Influências. *Gestão e Desenvolvimento*, 9, 81-102.
- Dias, M.O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156. Recuperado de http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9176/1/gestao_desenvolvimento19_139.pdf
- Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico*. (2014). Porto: Porto Editora. Recuperado de <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/acidente>
- Direção-Geral da Saúde. (2010a). *Plano nacional de prevenção de acidentes*. Lisboa: Autor. Recuperado de <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Documents/Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Acidentes.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2010b). *Transporte de crianças em automóvel desde a alta da maternidade* (Orientação nº 001/2010 de 16/06/2010). Recuperado de http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CDDF6BB4-0160-4E63-BF76-02BA8859F11/0/i013375_orientacao.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Bebés, crianças e jovens em segurança*. Folha de factos 1. Lisboa: Autor. Recuperado de <http://www.dgs.pt/em-destaque/bebes-criancas-e-jovens-em-seguranca1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Programa nacional de prevenção de acidentes. Projeto Bebés, crianças e jovens em segurança*. Recuperado de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0052013-de-10042013.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa. Autor. Recuperado de <http://www.dgs.pt/?cr=24430>
- European Child Safety Alliance. (2012a). *Perfil de segurança infantil do país: Portugal 2012*. Birmingham: European Child Safety Alliance, Eurosafe. Recuperado de http://www.nogueiradesign.com/APSI/COUNTRY_PROFILE_PORTUGAL_2012_PT_s%20logoOMS.pdf
- European Child Safety Alliance. (2012b). *Relatório de Avaliação de Segurança Infantil 2012*. Birmingham: European Child Safety Alliance, Eurosafe. Recuperado de http://www.nogueiradesign.com/APSI/REPORT_CARD_PORTUGAL_2012_PT_s%20logoOMS.pdf

- Fortin, M.F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusociência.
- Fortin, M-F. (2003). Glossário. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (pp. 363-377). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F., Côté, J., & Vissandjée, B. (2003). A investigação científica. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 1, pp. 15-24). Loures: Lusociência.
- Giddens, A. (1999). *O mundo na era da globalização*. Lisboa: Editorial Presença.
- Giddens, A. (2004). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gil, A.C. (2006). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5a ed.) São Paulo: Atlas.
- Gronita, J.J. (2007). *O anúncio da deficiência da criança e suas implicações familiares e psicológicas*. Recuperado de <http://pt.scribd.com/doc/193258785/Joaquim-Gronita-O-anuncio-da-deficiencia-da-crianca-e-suas-implicacoes-familiares-e-psicologicas>
- Grupo de Alerta para a Segurança. (2007). Alta segura do recém-nascido. *Enfermagem e o Cidadão*, 5 (13), 13-14.
- Grupo de Coordenação e Manutenção da CICEL. (2004). *Classificação Internacional de Causas Externas de Lesões. (CICEL): Versão 1.2*. Amsterdam: Consumer Safety Institute. Recuperado de <http://www.rivm.nl/who-fic/ICECI/CICEL%20port.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Hill, A., & Hill, M.M. (2008). *Investigação por questionário* (2a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Instituto de Apoio à Criança. (2013). *InfoCedi 47: Educação rodoviária*. Recuperado de http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/infocedi/Infocedi_47_EducacaoRodoviaria.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *Definição de família*. Lisboa: Autor.
- Kreppner, K. (2000). The child and the family: Interdependence in developmental pathways. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (1), 11-22. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4383.pdf>
- Leandro, M. (2001). *Sociologia da família nas sociedades contemporâneas*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Lei n.º 31/2007*, de 10 de agosto. Grandes Opções do Plano para 2008. Diário da República, 154. Série I.
- Lei n.º 72/2013*, de 3 de setembro. Décima terceira alteração ao Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de maio, e primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 44/2005, de 23 de Fevereiro. Diário da República, 169. Série I.
- Lobiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização* (4a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Magina, E.C.V. (2011). *Qualidade de vida e funcionamento das famílias de crianças dos 0 aos 6 anos*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho Instituto de Educação, Braga. Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13663/1/Eug%C3%A9nia%20da%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20Vieira%20Magina.pdf>
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics* (5a ed.). Pero Pinheiro: ReportNumber.

- Martins, S., Gouveia, R., Sandes, A.R., Correia, S., Nascimento, C., Figueira, J., ... Silva, L.J. (2008). Transporte automóvel de lactentes e crianças. Conhecimentos e atitudes de mães portuguesas. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38 (6), 246-249. Recuperado de <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4717/3535>
- Mohan, D., & Tiwari, G. (2000). *Injury prevention and control*. London: Taylor & Francis.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pocinho, M.T.S. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico* (Vol.1). Lisboa: Lidel.
- Pordata, Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2014a). *Idade média das mães no primeiro filho*. Recuperado de <http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+media+ da+mae+ao+nascimento+do+ primeiro+filho-805>
- Pordata, Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2014b). *Taxa de desemprego: Total e por sexo (%)*. Recuperado de [http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+ sexo+\(percentagem\)-550](http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+ sexo+(percentagem)-550)
- Pordata, Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2014c). *População residente do sexo feminino com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado (%) em Portugal*. Recuperado de [http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+residente+do+sexo+feminino+ com+15+e+mais+anos+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)- 885](http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+residente+do+sexo+feminino+ com+15+e+mais+anos+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)- 885)
- Pordata, Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2014d). *População residente do sexo masculino com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado (%) em Portugal*. Recuperado de [http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+residente+do+sexo+masculino+ com+15+e+mais+anos+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)- 886](http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+residente+do+sexo+masculino+ com+15+e+mais+anos+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)- 886)
- Pordata, Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2014e). *Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução – Portugal. Número médio de filhos por mulher*. Recuperado de <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+fecundidade+ Indice+sintetico+de+fecundidade+e+taxa+bruta+de+ reproducao-416>
- Portaria n.º 311-A/2005, de 24 de março. Aprova o Regulamento de Utilização de Acessórios de Segurança, previsto no artigo 82.º do Código da Estrada. Diário da República, 59 (Supl. 2). Série I.
- Resolução do Conselho de ministros n.º5/2014, de 13 de janeiro. Diário da República, 8. Série I. recuperado de <http://www.ansr.pt/SegurancaRodoviaria/PlanosdeSeguranca Rodoviaria/ Documents/Revis%C3%A3o%20Intercalar%20da%20ENSR.pdf>
- Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 27 (3), 547-558.
- Ribeiro, M., Silva, M., Rocha, F., Carvalho, F., & Fonseca, P. (2006). A primeira viagem: Transportar com segurança. *Nascer e Crescer*, 15 (4), 216-218.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2003). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill.

- Sandes, A.R., & Levy, L. (2004). Segurança no transporte de crianças em automóvel: Uma longa estrada a percorrer. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 35 (5-6), 435-439. Recuperado de http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/49/20130426115539_artigo_original_435.pdf
- Silva, I., & Santos, A. (2011). Qualidade da vinculação e modelo interno de funcionamento do *self*, em crianças vítimas de queimaduras. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (3), 85- 93.
- Sousa, A.B. (2005). *Dicionário de tipos de variáveis*. Recuperado de <http://pt.scribd.com/doc/15886719/Dicionario-de-tipos-de-variaveis#scribd>
- Sousa, R.M., Felisbino, P. Jr., Braga, F.M., Costa Neto, S.D., Belo, F.M., Reginaldo, S.S., & Moraes, F.B. (2014). Uso correto do cinto de segurança e dos dispositivos de restrição infantil em automóveis de Goiânia. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 49 (4), 340-344. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S010236161400054X>
- Uma maior segurança para peões*. (s.d.) Recuperado de <http://www.ansr.pt/LinkClick.aspx?fileticket=9%2fq%2bi9OdmWo%3d&tabid=363&language=en-US>
- United Nations Children's Fund. (2010). What is important to share and act on information about injury prevention. In *Facts for Life* (4th ed., pp. 162-177). New York: Author. Retrieved from www.factsforlifeglobal.org.
- United Nations. (2013). *Regulation No. 129 Uniform provisions concerning the approval of enhanced Child Restraint Systems used on board of motor vehicles (ECRS)*. Retrieved from <http://www.unece.org/fileadmin/DAM/trans/main/wp29/wp29regs/2013/R129e.pdf>
- World Health Organization. (2008). *World report on child injury prevention*. Geneva: Author. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf?ua=1

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de recolha de dados

QUESTIONÁRIO

Este questionário faz parte de um trabalho de investigação a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, inserido no Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, com o título: **“Segurança rodoviária infantil: conhecimentos e atitudes dos pais na utilização do sistema de retenção no recém-nascido”**. A sua concretização só será possível graças à sua colaboração, preenchendo este questionário. Neste sentido, peço-lhe que leia atentamente as perguntas que se seguem e responda a todas elas de uma forma espontânea e sincera, sempre de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa. Não existem respostas corretas ou incorretas, o que nos interessa é a sua opinião.

O questionário é anónimo e confidencial e o seu uso restrito ao presente estudo, pelo que lhe pedimos que não assinie o seu nome em lugar algum.

Usaremos o termo Sistema de Retenção para Crianças (SRC), para designar a vulgarmente chamada cadeirinha de transporte no automóvel.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a(s) alínea(s) que está(ão) de acordo com o seu caso. Nas questões com um espaço em branco (____), deve responder claramente e de forma legível. **Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos, por favor, que não deixe nenhuma questão por responder.** Desde já agradecemos a sua colaboração e disponibilidade.

1- Mãe: Idade _____	Profissão _____																											
2- Pai: Idade _____	Profissão _____																											
3- Escolaridade:																												
Escolha a hipótese adequada	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">Mãe</th> <th style="width: 20%;">Pai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Ensino básico 1º ciclo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ensino básico 2º ciclo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ensino básico 3º ciclo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Secundário</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Técnico/Profissional</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bacharelato</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Licenciatura</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Outro: diga qual</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Mãe	Pai	Ensino básico 1º ciclo			Ensino básico 2º ciclo			Ensino básico 3º ciclo			Secundário			Técnico/Profissional			Bacharelato			Licenciatura			Outro: diga qual		
	Mãe	Pai																										
Ensino básico 1º ciclo																												
Ensino básico 2º ciclo																												
Ensino básico 3º ciclo																												
Secundário																												
Técnico/Profissional																												
Bacharelato																												
Licenciatura																												
Outro: diga qual																												
4- Local de residência: _____																												
5- Número de filhos (incluindo o recém-nascido): 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>																												
5.1- Foram pais de: Um bebé <input type="checkbox"/> Gémeos <input type="checkbox"/> Trigémeos <input type="checkbox"/>																												

6- Após a alta, que meio de transporte vai utilizar:

A pé Automóvel Autocarro Táxi

6.1- Como vai transportar o seu recém-nascido: No colo Na alfofa Na cadeirinha

Se respondeu cadeirinha, assinale as atitudes que acha que vai cumprir quando a colocar no automóvel:

Atitudes no uso do Sistema de Retenção para Crianças-SRC (cadeira)	Sim	Não
Prende o recém-nascido com o cinto da cadeira (arnês) apertado e justo ao corpo		
O arnês deve ficar ao nível dos ombros ou um pouco abaixo		
O arnês deve ficar ao nível dos ombros ou um pouco acima		
Coloca a cadeira no Banco do passageiro e Air Bag ligado		
Coloca a cadeira no Banco do passageiro e Air Bag desligado		
Coloca a cadeira no Banco traseiro		
Coloca a cadeira virada para trás em relação à marcha do automóvel		
Coloca a cadeira virada para a frente em relação à marcha do automóvel		
Prende a cadeira com o cinto de segurança do automóvel nos 3 pontos assinalados		
Arruma objetos soltos na bagageira do automóvel		
Se o recém-nascido chorar, com o automóvel em movimento, retira-o da cadeirinha		

7- A cadeira (Sistema de Retenção para Crianças) que vai usar é:

7.1- Comprada/nova

7.2- Emprestada/usada Quantos anos tem? _____

8- Ao comprar o Sistema de Retenção para Crianças-SRC (cadeira) valorizou alguns aspetos. Indique a forma como os valorizou, assinalando com uma cruz [X] na opção que melhor se adequa àquilo que pensa, relativamente a cada afirmação.

No processo de aquisição da cadeira valorizou:	Nada importante	Pouco importante	Importante	Bastante importante	Muito importante
O preço da cadeira					
As recomendações do vendedor/especialista					
O design da cadeira (imagem)					
O prestígio da marca					
A segurança da cadeira					
A homologação europeia					
A faixa de peso a que se destina					
O facto de poder experimentar no automóvel					
Poder utilizá-la o mais tempo/anos possível					
O facto de poder usá-la tanto virada para trás como para a frente					
O peso da cadeira					
Que a cadeira abranja simplesmente um grupo de peso (O+ - até aos 13 kg)					
Que a cadeira abranja vários grupos de peso (Grupo 0+/I ou I)					

9- Ao comprar o Sistema de Retenção para Crianças-SRC (cadeira), onde procurou a respetiva informação: (pode assinalar várias respostas)

- Internet
- Revistas de puericultura
- Revistas de automóveis
- Lojas especializadas de puericultura
- Junto de clubes de automóveis
- Junto do pediatra
- Junto do enfermeiro
- No centro de saúde
- Junto de familiares e amigos
- Em associações (APSI, GAS)
- Nas forças de segurança
- Não procurou informação sobre os SRC
- Outro _____

10- Onde adquiriu o seu Sistema de Retenção para Crianças-SRC (cadeira)?

- Na Internet
- Numa loja especializada de puericultura
- Num hipermercado
- Num concessionário/loja de acessórios de automóvel
- Automóvel Club Portugal
- Em segunda mão: Emprestada Oferecida
- Outros _____

11- Como aprendeu a colocar o seu Sistema de Retenção para Crianças-SRC (cadeira) no automóvel?

- Leu as instruções
- No local onde o comprou
- Outra pessoa ensinou
- Na internet
- Com a equipa de enfermagem
- Outro _____

12- Experimentou o Sistema de Retenção para Crianças-SRC (cadeira) no seu automóvel?

- Sim Não

13- Qual foi a principal dificuldade na aquisição do sistema de retenção (cadeira) para o seu recém-nascido?

14- Para verificar a aprovação do Sistema de Retenção para Crianças-SRC (cadeira), valoriza:

Aprovação do Sistema de Retenção para Crianças-SRC (cadeira)	Sim	Não
Marca do fabricante		
Se é um modelo compatível com o seu automóvel		
A faixa de peso a que se destina		
O limite de idade a que se destina		
Marca da homologação		
País que emite a homologação		
Número da homologação		
Número de produção/lote		
Normativa de referência		
Como colocar no automóvel		
Livro de instruções		
Validade		

15- Conhece a legislação sobre transporte de crianças em automóveis?

- Sim Não

16- A coima (de 120 a 600 €) aplicada aos infratores é:

- Demasiado pesada Adequada Demasiado leve

17- Conhece alguma Campanha/Organismo de prevenção de acidentes/segurança infantil?

Não

Sim Diga qual: _____

18- Sabe porque deve ser transportado o recém-nascido/crianças no automóvel, em sistema de retenção, virado para trás? Não Sim

Se Sim, porquê? _____

19- Considera que o transporte adequado do recém-nascido/criança pode reduzir o número de lesões em caso de acidente?

Sim Não

20- Considera que os seus conhecimentos sobre o uso do Sistema de Retenção para Crianças-SRC (cadeira) são: (assinale com um X no espaço por baixo da expressão que melhor indica a sua opinião)

Inadequados	Pouco adequados	Adequados	Bastante adequados	Muito adequados

21- O que sugere para facilitar a aquisição/utilização do Sistema de Retenção para Crianças-SRC (cadeira)?

	Sim	Não
Informação durante a gravidez		
Formação sobre utilização correta dos SRC na gravidez		
Maior formação dos vendedores de SRC		
Mais material informativo sobre SRC		
Formação sobre utilização correta dos SRC na maternidade		
Campanhas sobre SRC		
Treino de utilização na maternidade		

Outro: Qual? _____

22- Qual o profissional que considera mais habilitado para informar sobre Sistemas de Retenção para Crianças-SRC (cadeira) e sua utilização adequada?

	Sim	Não
Enfermeiro		
Médico/Pediatra		
Vendedores no local de venda de SRC		

Outro: Qual? _____

MUITO OBRIGADA

ANEXO II

Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema “ **Segurança rodoviária infantil: conhecimentos e atitudes dos pais na utilização do sistema de retenção no recém-nascido** “, cujo objetivo principal é conhecer a informação dos pais de recém-nascidos sobre sistemas de retenção para crianças (SRC). A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos dados, pois o seu nome não constará em qualquer lugar de registo de dados.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

Vila Real, ___/___/_____

Nome _____

Assinatura do participante _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador _____

Assinatura _____

ANEXO III

Pedido de autorização para a recolha de dados



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

RMP

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro,
EPE
Av. Noruega - Lordefo
5000-508 VILA REAL

Vossa Referência:

Vossa Data:

Nossa Referência:

ESSV 0252 26-MAR-14

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante Maria Helena Rodrigues Fernandes, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatría estão a realizar um estudo subordinado ao tema "Da intenção de protecção à protecção efetiva dos recém-nascidos em sistemas de retenção para crianças no automóvel".

Pretende-se com este estudo: identificar o nível de informação dos pais de recém-nascidos sobre o uso dos sistemas de retenção no automóvel; relacionar as características sociodemográficas dos pais com o nível de informação sobre o uso dos Sistemas de Retenção para Crianças; avaliar o modo de transporte do recém-nascido após a alta da maternidade; conhecer os fatores que influenciaram os pais na forma de transportar o recém-nascido após a alta da maternidade.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digna autorizar a recolha de dados/informação junto da mãe/pais dos recém-nascidos internados nos serviços de Obstetria e Neonatologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro nos meses de abril e maio de 2014.

Em anexo enviamos exemplares do Instrumento de Recolha de Dados, do termo de consentimento informado a aplicar aos pais que acompanham a criança, do Projeto de Investigação e Declaração do Orientador.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Graça Aparício é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração,

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira

ESAVC

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-043 Viseu, PORTUGAL

Fax. +351 232 429 343

E-mail: essvgeral@essv.ipv.pt

Web: www.essv.ipv.pt

ANEXO IV

Declaração da investigadora principal/orientadora



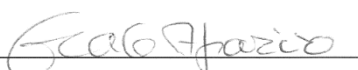
Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

DECLARAÇÃO


Maria da Graça Ferreira Aparício Costa, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu, doutorada em Ciências da Saúde pela Universidade de Aveiro, declara aceitar orientar a Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da licenciada Maria Helena Rodrigues Fernandes, intitulada: “DA INTENÇÃO DE PROTEÇÃO À PROTEÇÃO EFETIVA DOS RECÉM-NASCIDOS EM SISTEMAS DE RETENÇÃO DE CRIANÇAS”, considerando que a estudante reúne as condições necessárias para permitir o sucesso desta investigação.

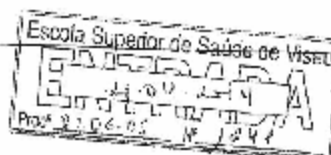
Visu, 25 de fevereiro de 2014


(Maria da Graça Ferreira Aparício Costa)

ANEXO V

Autorização para recolha de dados


 Centro Hospitalar de
 Trás-os-Montes e Alto Douro, F.P.E.
 COMISSÃO DE ÉTICA



Exm^o(*) Senhor(a)
 Escola Superior de Saúde de Viseu
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de
 Almeida, 102
 3500-843 Viseu

ASSUNTO: Projeto de Investigação

Após parecer emitido pela Comissão de Ética de 26/03/2014, o Conselho de Administração em 02/04/2014, autorizou o pedido de realização do projeto de investigação da aluna Maria Helena Rodrigues Fernandes, nos Serviços de Pediatria e Ginecologia/Obstetria deste Centro Hospitalar, sobre o tema "Da intenção de proteção à proteção efetiva dos recém-nascidos em sistemas de retenção de crianças".

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 12 de Abril de 2014

O Presidente do Conselho de Administração

Carlos José Cadavez (Dr.)
 Presidente do Conselho
 de Administração

/HV