Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Escalas de avaliação de autoeficácia parental em pais de crianças com condições de saúde agudas e crônicas

Scales for assessing parental self-efficacy in parents of children with acute and chronic health problems

Escalas para evaluar la autoeficacia parental en padres de niños con enfermedades agudas y crónicas

Maria Eduarda de Oliveira Santos[1], Georgiana de Sousa Garrido[1], Plínio Lima Barreto[1], Flávia Janólio Costacurta Pinto da Silva[1], Samara Alves da Mota Santos[1], Joseilze Santos de Andrade[1].

RESUMO

Objetivo: Sintetizar a produção científica sobre escalas de autoeficácia parental voltadas ao cuidado de crianças com condições de saúde agudas e crônicas. **Métodos:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, conforme protocolo metodológico em seis etapas. A busca foi realizada nas bases PubMed, BVS e Web of Science entre janeiro e fevereiro de 2025. Foram incluídos artigos que tratassem sobre a aplicação de escalas em pais de crianças com condições clínicas e excluídos aqueles que abordassem recém-nascidos, adolescentes ou gestantes, totalizando 24 estudos. Foram analisadas 15 escalas quanto às dimensões, população-alvo, formato de resposta e aplicabilidade **Resultados:** Identificaram-se escalas para diferentes contextos pediátricos, com predominância das desenvolvidas nos Estados Unidos, voltadas majoritariamente ao manejo técnico de condições crônicas, enquanto os aspectos emocionais, sociais e culturais foram pouco abordados. A maioria das escalas são multidimensionais, o que favorece uma abordagem mais integral da autoeficácia parental. No entanto, a maioria não é traduzida e adaptada para o contexto brasileiro. **Considerações finais:** É essencial o desenvolvimento de escalas que considerem as dimensões biopsicossociais da parentalidade e sejam validadas em contextos culturais diversos. Os achados oferecem subsídios para a escolha de instrumentos na prática clínica pediátrica e para futuras pesquisas na área.

Palavras-chave: Saúde da criança, Autoeficácia parental, Escalas de avaliação.

ABSTRACT

Objective: To synthesize the scientific literature on parental self-efficacy scales for caring for children with acute and chronic health conditions. **Methods:** An integrative literature review was conducted according to a six-stage methodological protocol. The search was conducted in PubMed, BVS, and Web of Science between January and February 2025. Articles addressing the application of scales to parents of children with clinical conditions were included, and those addressing newborns, adolescents, or pregnant women were excluded, totaling 24 studies. Fifteen scales were analyzed regarding their dimensions, target population, response format, and applicability. **Results:** Scales for different pediatric contexts were identified, with a predominance of those developed in the United States, primarily focused on the technical management of chronic conditions, while emotional, social, and cultural aspects were rarely addressed. Most scales are multidimensional, which favors a more comprehensive approach to parental self-efficacy. However, most have not been translated or adapted to the Brazilian context. **Final considerations:** It is essential to develop scales that consider the biopsychosocial dimensions of parenting and are validated in diverse cultural contexts. The findings provide support for the selection of instruments in pediatric clinical practice and for future research in this area.

Keywords: Child health, Parental self-efficacy, Assessment scales.

[1] Universidade Federal de Sergipe (UFS). Aracaju-Sergipe.

SUBMETIDO EM: 8/2025 | **ACEITO EM: 9/2025** | **PUBLICADO EM: 10/2025**

RESUMEN

Objetivo: Sintetizar la literatura científica sobre escalas de autoeficacia parental para el cuidado de niños con enfermedades agudas y crónicas. **Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica integradora según un protocolo metodológico de seis etapas. La búsqueda se realizó en PubMed, BVS y Web of Science entre enero y febrero de 2025. Se incluyeron artículos que abordaban la aplicación de escalas a padres de niños con enfermedades clínicas, y se excluyeron aquellos dirigidos a recién nacidos, adolescentes o embarazadas, totalizando 24 estudios. Se analizaron quince escalas en cuanto a sus dimensiones, población objetivo, formato de respuesta y aplicabilidad. **Resultados:** Se identificaron escalas para diferentes contextos pediátricos, con predominio de las desarrolladas en Estados Unidos, centradas principalmente en el manejo técnico de enfermedades crónicas, mientras que los aspectos emocionales, sociales y culturales rara vez se abordaron. La mayoría de las escalas son multidimensionales, lo que favorece un enfoque más integral de la autoeficacia parental. Sin embargo, la mayoría no se han traducido ni adaptado al contexto brasileño. **Consideraciones finales:** Es fundamental desarrollar escalas que consideren las dimensiones biopsicosociales de la crianza y que estén validadas en diversos contextos culturales. Los hallazgos respaldan la selección de instrumentos en la práctica clínica pediátrica y la investigación futura en este ámbito.

Palabras clave: Salud infantil, Autoeficacia parental, Escalas de evaluación.

INTRODUÇÃO

A autoeficácia parental (AEP) refere-se à crença dos pais em sua capacidade de criar, cuidar e educar seus filhos de maneira eficaz (BALSAN LAG, et al., 2020). Esse conceito está fundamentado na Teoria da Autoeficácia de Albert Bandura, que afirma que a autoeficácia se refere às crenças do indivíduo acerca de sua capacidade em organizar e executar ações para produzir certos resultados e obter sucesso (BANDURA A, 1986).

No contexto da saúde infantil, a AEP é um fator essencial para a adesão ao tratamento e promoção do bem-estar da criança. Pais com alta autoeficácia tendem a ser mais persistentes, eficazes na resolução de problemas e mais consistentes na aplicação da disciplina, além de serem menos propensos a experimentar estresse e ansiedade, que podem impactar negativamente as crianças. Ademais, quando os pais demonstram confiança em suas habilidades parentais, eles servem como um exemplo positivo para seus filhos, e, com isso, encorajam as crianças a desenvolverem sua própria autoeficácia. (ALBANESE AM, et al., 2019; JONES TL e PRINZ RJ, 2005).

Diante disso, surgem instrumentos específicos – as escalas de autoeficácia – que buscam mensurar a percepção dos pais ou cuidadores quanto à sua própria competência para executar tarefas como administração de medicamentos, manejo de sintomas, apoio socioemocional e promoção da saúde infantil (GOMES JA, et al., 2019).

A avaliação da autoeficácia parental por meio de escalas padronizadas é uma ferramenta estratégica nos serviços de saúde, pois permite identificar famílias em risco, orientar intervenções educativas, promover a saúde mental dos cuidadores e otimizar o uso dos recursos de saúde (LIMA TJS e SOUZA LEC, 2019). Os dados epidemiológicos sugerem que uma parcela relevante dos pais apresenta autoeficácia apenas moderada, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social ou diante de desafios específicos, o que reforça a importância de ações direcionadas para o fortalecimento dessa competência nos serviços de saúde (SILVA JLP, et al., 2023).

Essas escalas são fundamentais para profissionais de saúde, pois permitem identificar barreiras emocionais e comportamentais que podem comprometer a eficácia do tratamento, além de possibilitar a formulação de intervenções educativas personalizadas (VANCE AJ e BRANDON DH, 2017).

As escalas abrangem temas diversos e podem ser aplicadas em diferentes contextos, como em pais de crianças autistas (FENG Y, et al., 2022), avaliação da AEP para desenvolvimento psicossocial das crianças (AYDOGDU F, et al., 2021), para o consumo de frutas e vegetais em bebês (KOH GA, et al., 2014) e para avaliar crenças parentais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (MELNYK BM, et al., 2014), por exemplo. Elas avaliam, principalmente, aspectos relacionados à confiança dos pais em realizar cuidados e à forma como influenciam o comportamento dos seus filhos.

Dentre as revisões sistemáticas existentes acerca desse tema, destacam-se três estudos sobre escalas de autoeficácia parental, que definiram critérios de inclusão de artigos de forma mais ampla, como AEP de pais de crianças de 0 a 18 anos (WITTKOWISKI A, et al., 2017) e de 0-12 anos (CRNCEC, et al., 2010), ao passo que Seetharamam M, et al (2022) restringiram a pesquisa a escalas de AEP para pais de bebês e crianças pequenas (0-3 anos). Os estudos não definiram um tema específico para busca, então foram incluídos estudos sobre escalas de AEP aplicáveis em diversos contextos e não somente em crianças com condições clínicas.

Dessa forma, no presente estudo, a investigação foi delimitada às escalas de autoeficácia parental no cuidado às crianças com condições de saúde agudas e crônicas, definidas como situações, mais ou menos duradouras, que demandam respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou íntegras dos sistemas de atenção de atenção à saúde, profissionais e usuários (MENDES EV, 2012), a exemplo de crianças com diabetes, asma, câncer, alergias, dentre outras afecções.

Assim, o objetivo principal foi sintetizar a produção científica acerca das escalas de autoeficácia parental em pais de crianças com condições de saúde agudas e crônicas, uma vez que não há na literatura estudos que abordem o conhecimento sobre essa temática em crianças na faixa etária de um mês a 12 anos.

MÉTODOS

Foi utilizado um método integrado de revisão de literatura para coletar e sintetizar o conhecimento científico sobre o tema de pesquisa, conduzido por seis fases: definição do tema e escolha da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão do artigo, definição das informações a serem obtidas do estudo, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento (MENDES KDS, et al., 2008).

A seguinte questão norteadora foi formulada por meio da estratégia PICo: "Qual a produção científica sobre escalas de avaliação de autoeficácia parental aplicadas aos pais de crianças com condições de saúde agudas e crônicas na faixa etária entre 1 mês e 12 anos?", conforme consta no **Quadro 1**.

Quadro 1 - Processo de formulação da pergunta da pesquisa por meio da estratégia PICo.

P (população)	Pais de crianças com condições de saúde agudas e crônicas
I (interesse)	Escalas de autoeficácia parental em saúde da criança
Co (contexto)	Cuidado a crianças em condições de saúde agudas e crônicas de 1 mês a 12 anos

Fonte: Santos MEO, et al., 2025.

A busca foi feita nas bases de dados: PubMed, BVS (Lilacs e Bireme) e Web of Science, em janeiro e fevereiro de 2025. As estratégias de busca utilizadas foram "Self-Efficacy" AND Child Health AND "Scale"e foram aplicados os filtros de idioma (português, inglês e espanhol), texto completo gratuito e acesso aberto.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção foram: artigos completos disponíveis online, publicados em português, inglês, espanhol, sem recorte temporal; que abordassem escalas de autoeficácia parental em pais de crianças com condições de saúde agudas e crônicas, a partir de 1 mês de vida. Foram eliminados estudos com população de recém-nascidos/neonatal, adolescentes, gestantes e puérperas, e aqueles em que a aplicação da escala foi direcionada à criança e não aos pais ou pais e filhos. Tendo em vista o grande número de escalas, foi necessária essa restrição. Nessa etapa, utilizou-se o gerenciador Rayyan, em que se procedeu a exclusão de duplicatas e organização dos estudos). Uma escala (Parental Self-Efficacy Scale for Dietary Management of Children with Food Allergies) foi excluída da revisão, pois não houve acesso aberto ao estudo.

A triagem dos estudos ocorreu por meio da leitura de título e resumo por dois revisores, com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e resolução de discordâncias entre os revisores por meio de um terceiro revisor, através do Rayyan. Posteriormente se deu a leitura dos textos completos para identificar se as escalas estavam disponíveis no estudo e se tinham informações suficientes para a coleta de dados.

Na etapa de avaliação dos estudos e interpretação dos resultados, realizou-se a extração das informações por meio de um quadro elaborados pelos autores contendo nome da escala, autor/ano/país, público-alvo, dimensões/domínios/fatores da escala, número de itens, escala de resposta, pontuação da escala, análise de resultado, área de aplicação e tradução/adaptação.

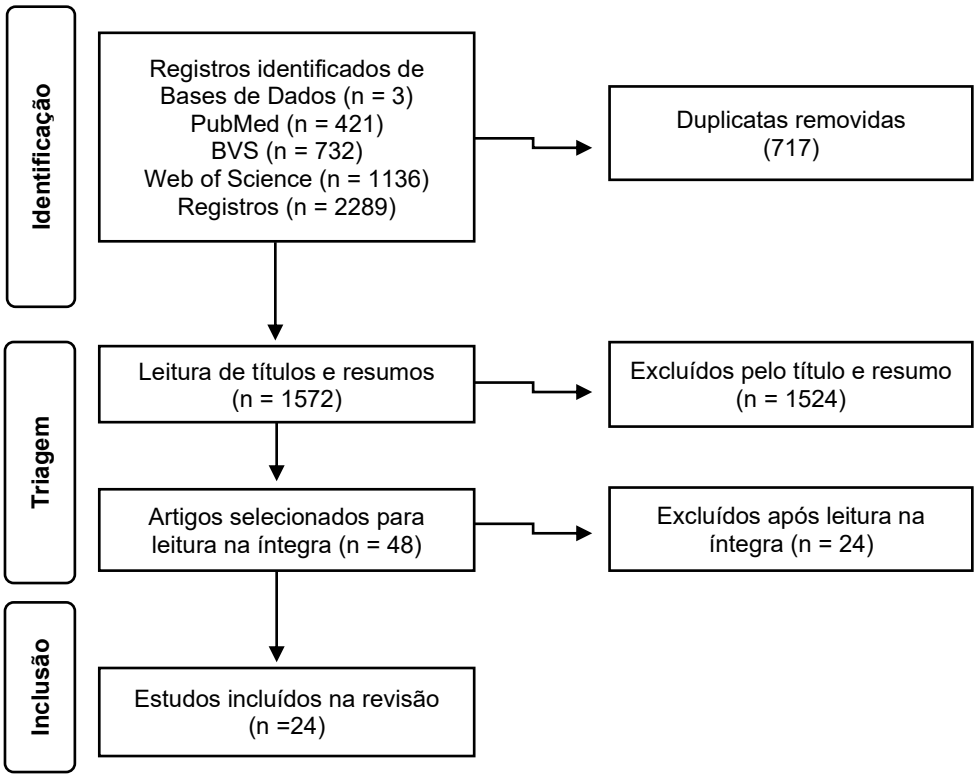
Ainda nesta etapa, procedeu-se com a categorização dos itens de acordo com os domínios elaborados pelos autores a partir da leitura das escalas. Após isso, o nome das escalas, exemplos de itens e os domínios criados foram inseridos no software online de análise qualitativa, o Taguette (RAMPIN, 2021), para avaliar a frequência de ocorrência dos domínios nas escalas.

Segundo a Resolução 510/2016 CEP/CONEP, por ser estudo de revisão de literatura não foi necessária avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), porém foram considerados os aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na primeira busca, por meio da leitura de títulos, identificou-se 2289 estudos, sendo removidas 717 duplicatas. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 48 estudos. Desses, 24 foram excluídos devido a não disponibilidade de textos completos online. Prosseguiu-se a leitura de texto completo e foram selecionados 24 estudos para integrar a revisão, nos quais foram identificadas 15 escalas. O processo de seleção dos estudos está apresentado na **Figura 1**, de acordo com o método PRISMA.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos estudos disponíveis nas bases de dados investigadas, conforme recomendação PRISMA.



Fonte: Santos MEO, et al., 2025.

Os 24 estudos incluídos na revisão foram analisados e, destes, foram extraídas 15 escalas de autoeficácia parental, as quais estão organizadas em três categorias: doenças crônicas não transmissíveis (9), condições agudas ou de manejo específico (3) e doenças imunológicas/dermatológicas (3).

Quadro 1 - Síntese dos principais achados das escalas na categoria de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Categoria	**Doenças Crônicas Não Transmissíveis**								
Escalas	Insulin Treatment Self-management Scale	Maternal Self-Efficacy for Diabetes Management Scale (MSED)	Self-Efficacy and Their Child's Level Asthma Control	Parental Asthma Management Self-Efficacy Scale (PAMSES)	Escala de Percepção da Autoeficácia da Família no Cuidado da Criança com Doença Renal Crônica em Diálise Peritoneal no Domicílio (PAFam-CDR-DP)	Parent Efficacy for Child Healthy Weight Behaviour scale (PECHWB)	Self-Efficacy Scales for Obesidad Prevention (4 escalas)	Coping Self-Efficacy Scale (CSES-My)	Parental Efficacy and Control QuestionnaireHematopoieticStem Cell Transplant (PECQ-HCT)
Autor /ano/país	Ozçelik ÇÇ, et al (2019) Turquia	Leonard BJ, et al (1998) Estados Unidos	Wood MR, et al (2010) Estados Unidos	Bursch B, et al., 1999 Estados Unidos	Ferreira LS, et al, 2024 Brasil	Nelson M e Davis MC (2012) Austrália	Wright JÁ, et al, 2014 Estados Unidos	Tan CE, et al (2024) Malásia	Pai ALH, et al (2020) Estados Unidos
Público-alvo	Pais de crianças de 8 a 18 anos	Pais de jovens entre 8 a 17 anos	Pais/cuidadores de crianças de 5 a 12 anos	Pais de crianças de 3 a 15 anos	Pais de crianças com DRC	Pais/cuidadores de crianças de 4 a 17 anos	Pais/cuidadores de crianças de 4 a 10 anos	Pais de crianças com leucemia ou linfoma	Pais de crianças até 12 anos que recebem HCT
Tema central	Diabetes Melitus tipo 1	Diabetes Melitus tipo 1	Asma	Asma	DRC	Obesidade	Obesidade	Enfrentamento	Transplante de células-tronco hematopoiéticas
Dimensões/subescalas/ fatores (número)	2 fatores 1.Expressões cognitivas e comportamentais 2. Expressões emocionais negativas	2 subescalas 1.Manutenção da saúde geral Tarefas de regime 2.Apresentação social do diabetes	2 fatores 1.Expectativas de eficácia (gerir a asma) 2.Expectativas de resultado (a gestão da asma reduz visitas médicas, hospitalares e absenteísmo escolar)	2 fatores 1.Prevenção de crises 2.Gestão de crises	4 domínios 1.Dificuldades que interferem na dinâmica familiar 2.Desafios vivenciados na adaptação e manejo do tratamento 3.Dificuldades para manter os recursos intra e extrafamiliares 4.Desafios no relacionamento com a equipe de saúde	4 subescalas 1. Gordura e açúcar 2. Sedentarismo 3. Atividade Física 4. Frutas e vegetais	4 escalas: 1.Ajudar a criança a ter pelo menos 60 minutos de atividade física moderada diariamente. 2.Ajudar a criança a consumir cinco porções de frutas e vegetais diariamente. 3.Limitar o consumo de bebidas açucaradas a uma vez por	2 domínios: 1.Coping Pessoal (estratégias de enfrentamento) 2.Coping Social (recursos sociais)	4 fatores 1.Locus de Controle médico (controle em contribuir para o sucesso do estado de saúde do filho) 2. Eficácia Específica do Tratamento (capacidade de atender às necessidades dos filhos no tratamento) 3. Percepção de suporte

Categoria	Doenças Crônicas Não Transmissíveis								
							semana. 4.Limitar o consumo de suco de frutas a 6 copos diariamente.		4. Expectativas de saúde aliada
Número de itens	31	17	17	13	28	41	16	25	37
Escala de respostas	Likert 1 (discordo totalmente) - 5 (concordo totalmente)	Likert 1 (não confiante) – 5 (muito confiante sem ajuda)	Likert (concordo totalmente – discordo totalmente)	Likert 1 (discordo totalmente) – 5 (concordo totalmente)	-	Escala 0 (não confiante)-100 (extremamente confiante)	Likert 1 (discordo totalmente) -5 (concordo totalmente)	Likert 0 (não consigo fazer de jeito nenhum)-10 (certamente consigo fazer)	Likert 1 (concordo totalmente) 4 (discordo totalmente)
Faixa de pontuação	Fator 1: 23-115 Fator 2: 8-40 Geral: 31-155	17-85 Soma	17 a 85 pontos Soma	13 a 65 pontos Soma	-	0-100 pontos Soma	1-80 Soma	0-10 Soma	Média
Análise de resultado	Maior pontuação, maior autoeficácia	Maior pontuação, maior autoeficácia	Maior pontuação, maior o nível de confiança	Maior pontuação, maior autoeficácia	-	Maior pontuação, maior autoeficácia	Maior pontuação, maior autoeficácia	Maior pontuação, maior autoeficácia	Maior pontuação, maior autoeficácia
Área de Aplicação	Domiciliar Hospitalar Ambulatorial	Hospitalar Domiciliar Ambulatorial	Domiciliar Hospitalar Ambulatorial	Domiciliar Hospitalar Ambulatorial	Atenção primária Domiciliar	Atenção primária Domiciliar Ambulatorial	Atenção primária Domiciliar Ambulatorial	Hospitalar Domiciliar Ambulatorial	Hospitalar
Tradução e adaptação	Não	Não	Versão brasileira (GOMES ALA, et al., 2016)	Não	Não	Não	Não	Não	Não

Fonte: Santos MEO, et al., 2025.

Quadro 2 - Síntese dos principais achados das escalas na categoria de condições agudas ou de manejo específico.

Categoria	**Condições agudas ou de manejo específico**		
Escalas	Escala de Autoeficácia Materna Para Previnir Diarreia Infantil (EAPDI)	Parent Concussion Management Knowledge and Self-Efficacy	Self-Efficacy scale for child functioning despite chronic pain
Autor /ano/país	Joventino ES, et al (2010) Brasil	Kroshus E, et al (2023) Estados Unidos	Bursch B, et al (2006) Estados Unidos
Público-alvo	Mães de crianças menores de 5 anos	Pais de crianças e adolescentes de 5 a 17 anos	Pais/crianças e adolescentes de 8 a 18 anos de idade
Tema central	Prevenção de diarreia infantil	Cuidados pós-concussão	Funcionamento normal da criança quando com dor
Dimensões/subescalas/ fatores (número)	2 domínios: 1. Higiene da família 2. Práticas alimentares/gerais	4 fatores 1. Suporte emocional 2. Suporte de reabilitação 3. Monitoramento 4. Engajamento externo	Unidimensional
Número de itens/ Escala de respostas	24 Likert 1 (discordo totalmente) -5 (concordo totalmente)	13 Likert 1 (nada difícil) – 5 (extremamente difícil)	7 Escala de 5 pontos 1 (muito certo) – 5 (muito incerto)
Faixa de pontuação	24-120 soma	13-65 Soma	7-35 pontos Soma
Análise de resultado	Maior pontuação, maior autoeficácia	Maior pontuação, maior autoeficácia	Menor pontuação, maior autoeficácia
Área de Aplicação	Atenção primária, domiciliar	Hospitalar	Atenção primária Domiciliar Ambulatorial Hospitalar
Tradução e adaptação	Não	Não	Não

Fonte: Santos MEO, et al., 2025.

Quadro 3 - Síntese dos principais achados das escalas na categoria de doenças alérgicas/imunológicas e dermatológicas.

Categoria	**Doenças alérgicas/imunológicas e dermatológicas**		
Escalas	Food Allergy Self Efficacy Scale for Parents (FASE-P)	Food Allergy Self-Efficacy Questionnaire (FASEQ)	Self-Efficacy with Eczema Care Index
Autor /ano/país	Knibb RCC, et al (2015) Reino Unido	Greenhawt M e DunnGalvin A (2018) Estados Unidos	Ersser SJ, et al (2015) Reino Unido
Público-alvo	Pais de crianças com alergia alimentar	Cuidadores de crianças com alergias alimentares	Pais de crianças de 0-16 anos
Tema central	Alergia alimentar	Alergia alimentar	Eczema atópico
Dimensões/subescalas/ fatores (número)	5 subescalas: 1. Gerenciamento de atividades sociais 2. Precauções e prevenção 3. Tratamento de reações alérgicas 4. Identificação de alérgenos alimentares 5. Busca de informações sobre alergias alimentares	2 fatores 1. Cuidados médicos 2. Funcionamento social	4 subescalas 1. Gerenciamento de medicação 2. Gerenciamento de eczema e sintomas 3. Comunicação com profissionais de saúde 4. Gerenciamento de desafios pessoais
Número de itens	21	8	29
Escala de respostas	Escala visual analógica 0 (não consigo fazer de forma alguma) – 100 (estou altamente certo que posso fazer)	Likert 0-4	Escala de 10 pontos 0 (não consigo de forma alguma)- 10 (certo que consigo)
Faixa de pontuação	0-100 soma	0-32 Soma	0-290
Análise de resultado	Maior pontuação, maior autoeficácia	Menor pontuação, melhor autoeficácia	Menor pontuação, maior autoeficácia
Área de Aplicação	Atenção primária Domiciliar Hospitalar Ambulatorial	Atenção primária Domiciliar Ambulatorial Hospitalar	Atenção primária Domiciliar Ambulatorial Hospitalar
Tradução e adaptação	Turquia (Caliskan N, et al, 2024)	Não	China (Cheng et al, 2020) Coreia do sul (Lee YJ, et al, 2016)

Fonte: Santos MEO, et al., 2025.

Os resultados da análise das escalas foram organizados em dois tópicos: caracterização das escalas e domínios de avaliação.

Caracterização das escalas

As escalas analisadas foram agrupadas em três categorias principais, com base nas condições clínicas de saúde que abordam: doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), condições agudas ou de manejo específico, e doenças alérgicas, imunológicas e dermatológicas. A maior parte delas (60%) é direcionada para DCNT, com destaque para diabetes mellitus tipo 1, asma e obesidade. As escalas voltadas para condições agudas ou de manejo específico representam 20%, mesma proporção observada para aquelas destinadas a pais de crianças com doenças alérgicas, imunológicas e dermatológicas.

Os instrumentos foram construídos principalmente nos EUA (8) e apenas um desses tem tradução e adaptação para outra língua e contexto, que é a versão brasileira da Self-Efficacy and Their Child's Level Asthma Control. As elaboradas no Reino Unido (FASE-P e PASECI), foram traduzidas e adaptadas para o turco e para o contexto chinês e coreano, respectivamente. Quanto ao público-alvo, a maior parte são direcionadas para pais e cuidadores de crianças e adolescentes, na faixa etária entre 0 e 18 anos, quatro escalas não definiram faixa etária da criança (PAFam-CDR-DP, FASE-P, FASEQ e CSES-My) e apenas uma foi criada para pais, crianças e adolescentes de 8 a 18 anos.

No que se refere à especificidade das escalas, destaca-se a coexistência de medidas específicas e gerais de autoeficácia parental. As escalas específicas, como a PASECI (específica para eczema), apresentam alta sensibilidade clínica, pois capturam habilidades diretamente relacionadas à condição de saúde da criança. Esse tipo de medida é mais útil para intervenções pontuais e para monitoramento em ambientes clínicos (COLEMAN PK e KARRAKER KH, 2000; JONES TL e PRINZ RJ, 2005). Por outro lado, escalas gerais como a CSES-MY têm a vantagem de avaliar crenças parentais em contextos mais amplos e são mais apropriadas para triagens iniciais ou estudos populacionais (WITTKOWISKI A, et al., 2017).

A maioria das escalas possuem mais de uma dimensão, domínios ou fatores, com uma média de 3 dimensões, e alguns são constituídos ainda por até 3 subescalas. A multidimensionalidade é preferível, uma vez que para a avaliação de autoeficácia parental, que envolve múltiplos aspectos emocionais, comportamentais e contextuais são necessárias medidas com uma visão mais abrangente e detalhada, o que facilita intervenções mais direcionadas e precisas. Ao passo que escalas unidimensionais são mais úteis em contextos de triagem rápida, mas têm limitações para captar aspectos contextuais da experiência avaliada (COSTA FT, 2000).

Os instrumentos possuem entre 7 e 41 itens, com uma média de 23 itens por escala. As escalas de respostas mais utilizadas são a do tipo Likert de 5 pontos, com variações adaptadas conforme a população-alvo, seguidas de escalas visuais analógicas (0 a 100), escalas de 0 a 10 ou classificações de dificuldade percebida. Apenas uma escala (PAFam-CDR-DP) não forneceu informações claras sobre a escala de resposta utilizada. Em relação ao local de aplicação das escalas, 8 delas foram utilizadas em contexto domiciliar, ambulatorial e hospitalar e 7 escalas foram aplicadas na atenção primária.

A maioria dos instrumentos revisados apresenta potencial de uso em múltiplos contextos. Essa versatilidade é particularmente importante, considerando que o ambiente de cuidado afeta diretamente a percepção de autoeficácia (GARCIA NG, et al., 2022). Como evidenciado por Lopes PM, et al (2023), pais relatam maior autoeficácia quando recebem apoio estruturado em contextos ambulatoriais, enquanto enfrentam desafios adicionais em ambientes hospitalares, devido a perda de autonomia e dependência de profissionais de saúde.

Outro fator importante é a ausência de adaptações transculturais, observada em mais de dois terços das escalas, o que também compromete sua validade externa. A falta de validação em contextos linguísticos e culturais distintos reduz a sensibilidade dos instrumentos às nuances culturais do cuidado parental (PEREIRA LW, et al., 2016). As escalas que realizaram esse processo citaram o protocolo de Beaton como referência, o qual é amplamente utilizado para garantir que instrumentos originalmente desenvolvidos em outro idioma ou cultura mantenham sua validade e confiabilidade após tradução (BEATON DE, et al., 2000).

Domínios de avaliação

A partir da análise dos itens das 15 escalas incluídas, foram extraídos os domínios de avaliação recorrentes, organizados de acordo com sua frequência nas escalas.

Quadro 4 - Domínios de avaliação das escalas.

Domínios de avaliação	Escalas	Exemplos de Itens
Capacidade de manejo da condição	Insulin Treatment Self-management Scale, MSED, FASE-P, PASECI, FASEQ	"Meu filho aplica a injeção de insulina conforme lhe foi ensinado" *(Insulin Treatment)* "Quão confiante você se sente que pode gerenciar o eczema do seu filho nessas situações?" *(PASECI)*
Reconhecimento e manejo de sintomas	PAMSES, FASE-P, PECQ-HCT, Self-Efficacy and Their Child's Level Asthma Control	"Sei como impedir que a asma do meu filho piore se ele começar a ter chiado ou tosse" *(PAMSES)* "Reconhecer uma reação alérgica no meu filho" *(FASE-P)*
Adesão ao tratamento / rotina de cuidados	Insulin Treatment, PASECI, MSED	"Consigo aplicar a insulina no horário certo todos os dias" *(Insulin Treatment)* "Lembro de aplicar o creme conforme orientação" *(PASECI)*
Promoção de hábitos saudáveis	PECHWB, Self-Efficacy Scales for Obesity Prevention	"Consigo garantir que meu filho pratique pelo menos uma hora de atividade física diariamente" *(PECHWB)* "Quando estamos comendo fora" *(Obesity Prev.)*
Comunicação com profissionais de saúde	PECQ-HCT, FASE-P, PASECI	"Eu consigo contatar o médico do meu filho por telefone ou e-mail quando preciso" *(PECQ-HCT)* "Pedir ao profissional de saúde para explicar as coisas" *(PASECI)*
Apoio socioemocional / Carga do cuidador	PAFam-CDR-DP, CSES-MY	"Não temos outras pessoas para nos ajudar com os cuidados da criança" *(PAFam-CDR-DP)* "Envolva-se em novos hobbies ou atividades recreativas" *(CSES-MY)*
Resolução de problemas e tomada de decisão	CSES-MY, MSED, PECQ-HCT	"Pense em um plano de ação e siga-o quando enfrentar um problema" *(CSES-MY)* "Sei o que fazer se a medicação causar dor de estômago" *(PECQ-HCT)*
Prevenção e práticas de higiene/dieta	EAPDI, PECHWB	"Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida" *(EAPDI)* "Consigo garantir que meu filho coma pelo menos três porções de frutas" *(PECHWB)*
Conhecimento e educação de terceiros	FASE-P, Parent Concussion Management	"Ensinar outras pessoas sobre a alergia alimentar do meu filho" *(FASE-P)* "Informe o professor sobre a lesão cerebral" *(Concussão)*

Fonte: Santos MEO, et al., 2025.

O modelo processual de Belsky J (1984), um marco teórico robusto para compreender os determinantes do funcionamento parental, aponta três fontes principais de influência: características dos pais (como personalidade, saúde mental e crenças), características da criança (temperamento, tipo de condição clínica, grau de dependência) e o contexto social (apoio social, cultura, recursos).

A análise dos domínios de avaliação extraídos das 15 escalas revela que os instrumentos de mensuração da autoeficácia parental tendem a enfatizar predominantemente as características dos pais, especialmente no que se refere a condução dos aspectos clínicos e predomínio de fatores como capacidade de administração da condição de saúde, reconhecimento e manejo de sintomas e adesão ao tratamento o que reflete uma priorização das competências operacionais dos cuidadores frente às demandas clínicas.

Os domínios que envolvem dimensões emocionais e sociais da parentalidade, como apoio socioemocional/carga do cuidador e comunicação com profissionais de saúde são pouco abordados nas escalas analisadas. Esses aspectos são fundamentais para a sustentabilidade do cuidado a longo prazo, pois a autoeficácia parental está fortemente relacionada à percepção de suporte e à confiança interpessoal (BANDURA A, 1997; SANTOS KO, et al., 2022).

A maneira como os pais vivenciam e expressam o estresse parental variam conforme as demandas geradas pelas limitações das crianças e pela fragilidade da rede de apoio. Nesse contexto, a forma como os pais avaliam sua própria capacidade de cuidar de uma criança com necessidades especiais exerce influência determinante sobre seus níveis de estresse e, consequentemente, na sua crença de autoeficácia (CUNHA KC, et al., 2023).

Outras situações como a condição econômica da família, o apoio para o cuidado com o filho, o relacionamento com o cônjuge e a falta de tempo para atividades extras são fatores que podem gerar preocupação e ansiedade. Essas condições impactam diretamente na percepção dos pais sobre sua capacidade de exercer o papel parental, influenciando negativamente sua autoeficácia (COTRIM DMS, et al., 2023).

Quanto às características da criança, há menção sobre o impacto emocional na criança apenas na Insulin Treatment Self-management Scale, ou seja, poucos instrumentos analisam a resposta emocional da criança quanto à sua condição clínica e tratamento. No entanto, é importante que as escalas de autoeficácia parental abordem também aspectos biopsicossocias que envolvam a criança, para garantir relevância clínica e investigar a capacidade dos pais em reconhecer e lidar com as emoções de seus filhos (CUNHA KC, et al., 2023).

Essa dissociação entre os fatores propostos por Belsky e os domínios medidos nas escalas analisadas sugere uma visão fragmentada da parentalidade frente a condições clínicas. Instrumentos que ignoram a bidirecionalidade entre características da criança e respostas parentais limitam a capacidade de avaliar com precisão os desafios enfrentados pelas famílias (TARABAN L e SHAW DS, 2018).

No grupo das doenças crônicas não transmissíveis, as escalas voltadas para diabetes mellitus tipo 1, aInsulin Treatment Self-management Scale incorpora aspectos emocionais da criança e reconhece a importância do bem-estar psicológico no manejo da doença. Em contraste, a MSED concentra-se exclusivamente nas habilidades técnicas dos pais, como administração de insulina e monitoramento glicêmico, o que evidencia uma abordagem mais restrita ao controle clínico da doença.

Essa distinção evidencia uma maior sensibilidade da primeira escala às dimensões subjetivas da parentalidade. A inclusão de fatores emocionais poderia contribuir para uma maior adesão ao tratamento e melhorar o bem-estar geral da criança, visto que fatores psicológicos têm grande impacto no controle glicêmico (SBD, 2022).

Entre os instrumentos analisados sobre asma, a PAMSES foi construída com base nas expectativas de eficácia, para medir a autoeficácia dos pais em relação à prevenção e ao manejo das crises em seu filho. O instrumento apresenta uma estrutura bem definida entre as dimensões de prevenção e gestão de crises, evidenciando um detalhamento nas etapas do cuidado respiratório, com ênfase em estratégias voltadas ao controle dos sintomas e à prevenção do agravamento do quadro clínico.

Em contrapartida, a escala Self-Efficacy and Their Child's Level Asthma Control, relaciona expectativas de eficácia e expectativas de resultados dos pais ou responsáveis, reforçando que o aumento da autoeficácia na capacidade de controlar os sintomas da asma está associado a um melhor controle da asma e à qualidade de vida (VASCONCELOS FX, et al., 2023).

No que se refere à obesidade, as escalas focaram na avaliação de atitudes para prevenção e promoção de hábitos saudáveis. Porém, divergem na forma de abordagem, uma vez que a PECHWB foi dividida em quatro subescalas integradas, que permitem uma análise combinada dos comportamentos parentais relacionados a hábitos alimentares e prática de atividade física. A estrutura integrada da PECHWB favorece intervenções educativas mais alinhadas com os múltiplos determinantes do excesso de peso infantil (HO TJH, et al., 2021).

Já as Self-Efficacy Scales for Obesity Prevention, embora contemplem os mesmos comportamentos da anterior, as subescalas são aplicadas separadamente, o que pode limitar a interpretação global da autoeficácia. No entanto, estas escalas fornecem ferramentas que podem ser utilizadas em vários contextos, como para avaliação da autoeficácia dos pais, rastrear comportamentos e habilidades parentais, em técnicas de motivação e complementar o aconselhamento, bem como em formulários de admissão ou registros eletrônicos de saúde (Wright et al., 2014; SILVA JLP et al., 2023).

A PAF am-CDR-DP, destinada ao cuidado de crianças em diálise peritoneal, é a única escala da categoria que enfoca diretamente os efeitos da condição crônica sobre a estrutura familiar e a relação com os profissionais de saúde. Essa abordagem amplia o olhar clínico para além do cuidado técnico, incorporando a sobrecarga vivenciada pela família, o que pode ser decisivo para intervenções de suporte psicossocial (ABRAHÃO SS, et al., 2010).

As escalas CSES-My e PECQ-HCT, apesar de possuírem temas diferentes, destacam-se por avaliar a autoeficácia considerando o impacto emocional da condição dos filhos para os pais e o apoio social que recebem. Essas escalas consideram que o enfrentamento vai além do manejo físico da condição de saúde, incluindo a adaptação psicológica e a habilidade dos pais de manter a rotina familiar, o que é coerente com os pressupostos da Teoria Social Cognitiva (BANDURA A, 1997). Essa abordagem amplia a aplicabilidade dos instrumentos em contextos complexos, como doenças raras, múltiplas comorbidades ou internações prolongadas.

No campo das condições agudas ou de manejo específico, a EAPDI**,** voltada para prevenção de diarreia, centra seus itens em práticas cotidianas, como higiene e cuidados com a alimentação, sem abordar aspectos emocionais ou comunicacionais. Em contraste, a escala para concussão inclui fatores como suporte emocional e engajamento com o ambiente externo (como escola), o que a torna mais abrangente.

A Self-efficacy scale for child functioning despite chronic pain apresenta uma proposta distinta ao focar na capacidade dos pais em manter a funcionalidade da criança, apesar da presença contínua da dor, o que é particularmente relevante em condições de dor crônica, nas quais o objetivo do cuidado muitas vezes não é eliminar totalmente os sintomas, mas sim promover qualidade de vida e adaptação funcional (SILVA MS, et al., 2016). Por ser uma escala curta, favorece sua aplicação em contextos clínicos com limitação de tempo.

No entanto, sua simplicidade pode representar uma limitação frente à complexidade biopsicossocial da dor crônica, já que não contempla aspectos como o impacto emocional da dor nos pais, estratégias de enfrentamento ou interação com a equipe de saúde. Apesar de adotar uma escala inversa de pontuação (menores pontuações indicam maior autoeficácia), a lógica interna é coerente e facilmente interpretável quando bem contextualizada, especialmente em protocolos voltados à avaliação funcional da criança (BRASIL, 2022).

As escalas sobre alergias alimentares, como a FASE-P e a FASEQ, são projetadas para medir a autoeficácia dos pais na gestão das condições alérgicas dos filhos. A primeira apresenta um número maior de itens e uma abordagem mais abrangente, cobrindo aspectos como o reconhecimento de reações alérgicas, manejo ambiental e a capacidade de ensinar outras pessoas sobre a alergia. A FASEQ, por sua vez, é eficiente pela simplicidade e clareza, mas poderia ser mais robusta ao abordar fatores psicossociais e educativos, uma vez que a natureza imprevisível das reações alérgicas aumenta o estresse, medo e sensação de impotência dos pais, o que pode diminuir a autoeficácia (ALMEIDA JMBM, et al., 2024).

A PASECI, voltada para eczema atópico, distingue-se por incluir o domínio da comunicação com profissionais, ausente nas demais escalas. Essa inclusão reforça sua aplicabilidade em contextos clínicos e ambulatoriais que exigem interações frequentes entre família e equipe de saúde (SILVA LP, et al., 2023).

Esta revisão apresenta limitações que precisam ser consideradas., uma vez que a análise dependeu das informações disponíveis nos estudos originais, o que significa que eventuais lacunas nas descrições metodológicas podem ter influenciado a avaliação. Ainda assim, ressalta-se que o uso de critérios rigorosos e o embasamento teórico consistente dão suporte à confiabilidade das conclusões obtidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo analisou 15 escalas de autoeficácia parental aplicadas ao cuidado de crianças com condições de saúde agudas e crônicas, organizadas em três grandes grupos de doenças. Observou-se que a maioria das escalas tem foco no manejo técnico da condição clínica, enquanto aspectos emocionais, sociais e culturais foram pouco abordados. Os resultados apontam para a necessidade da elaboração de escalas que integrem uma avaliação mais ampla da experiência parental e que considerem adaptações transculturais.

REFERÊNCIAS

1. ABRAHÃO SS, et al. Dificuldades vivenciadas pela família e pela criança/adolescente com doença renal crônica. Brazilian Journal of Nephrology, 2010, v. 32, n. 1, p. 18–22,
2. ALBANESE AM, et al. The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: a systematic review of associated outcomes. Child Care Health Dev, 2019; 45(3):333–363.
3. ALMEIDA JMBM. Qualidade de vida de mães de crianças com alergias alimentares. Rev. Nutr. UNIVAG, 2024; 1(2):1–13.
4. BALSA LAG, et al. Adaptação e validação da nova Escala Geral de Autoeficácia. Avaliaçao Psicologica: Interamerican Journal of Psychological Assessment, 2020,v. 19, n. 4, p. 409-419.
5. BANDURA A. Self-efficacy: The exercise of control. New York, NY, 1997: Freeman.
6. BANDURA A. Social cognitive theory goes global. The Psychologist, 2009; 22(6): 504-506.
7. BANDURA A. The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. Journal of Social and Clinical Psychology. 1986;4(3):359-373.
8. BEATON DE, et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine, v. 25, n. 24, 2000. 3186-3191.
9. BELSKY J. The determinants of parenting: a process model. Child Dev, 1984; 55(1):83–96.
10. BELSKY J, JAFFEE SR. The multiple determinants of parenting. Developmental Psychopathology, 2015; 38–85p.
11. COLEMAN PK, KARRAKER KH. Autoeficácia parental entre mães de crianças em idade escolar: conceitualização, mensuração e correlatos. Fam. Relat, 2000;13–24p.
12. COSTA FT, et al. Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. Psicol. Reflex. Crít, 2000; 13(3):465–473p.
13. CRNCEC R, et al. Development of an instrument to assess perceived self-efficacy in the parents of infants. Res. Nurs. Health, 2008; 31(5):442–453p.
14. CUNHA KC, et al. Estresse e autoeficácia em pais de crianças com paralisia cerebral até 12 anos de idade. Rev. Bras. Educ. Espec, 2023; 29:e0116
15. GARCIA NG, et al. Escalas de avaliação da dor em ambiente hospitalar. Rev. Cient. CEAFI, 2022; 12(1):11–41p.
16. GRIFFITHS LJ, et al. Maternal feeding self-efficacy and fruit and vegetable intakes in infants: results from the SAIDI study. Appetite, 2014; 81:44–51p.
17. JOHNSTON C, MASH EJ. A measure of parenting satisfaction and efficacy. J. Clin. Child Psychol, 1989; 18(2):167–175p.

18. JONES TL, PRINZ RJ. Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: a review. Clin. Psychol Rev, 2005; 25(3):341–363p.
19. LOPES PM, et al. O papel parental no hospital: visão de um grupo de enfermeiros especialistas em pediatria. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped, 2023; 23:eSOBEP20230006.
20. MELNYK BM, et al. Validation and psychometric properties of the neonatal intensive care unit parental beliefs scale. Nurs. Res, 2014; 63(2):105–115p.
21. MENDES EV. 2012. O conceito de condições de saúde. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4096.pdf. Acessado em: 15 março de 2025.
22. PEREIRA LW. Adaptação transcultural e validação da escala Karitane Parenting Confidence Scale (KPCS). Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016; 90p.
23. RAMPIN J, et al. 2021.Taguette: análise de dados qualitativos de código aberto. Disponível em: https://www.taguette.org/. Acessado em: 10 de fevereiro de 2025.
24. SALAS J, et al. Parenting and parental self-efficacy in pediatric obesity: a systematic review of the literature. J. Pediatr. Nurs, 2022; 61:65–73p.
25. SANTOS KO, et al. Controle materno e autocuidado de crianças com diabetes tipo 1. Rev. Psicol. Saúde, 2022; 14(1):49–62p.
26. SARACOĞLU B, VAROL F. Development of parental self-efficacy scale: validity and reliability study. J. Educ. Faculty, 2021; 22(2):573–595p.
27. SEETHARAMAN M, et al. Parental self-efficacy in the care of children with neurodevelopmental disabilities: a scoping review. Clin. Epidemiol. Glob. Health, 2022; 15p.
28. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. 2022. Aspectos psicológicos e adesão ao tratamento de diabetes mellitus. Disponível em: https://diabetes.org.br/aspectos-psicologicos-e-adesao-ao-tratamento-de-diabetes-mellitus/. Acessado em: 4 de maio de 2025.
29. SOLANO SSL, et al. Validação do instrumento “autoeficácia parental no cuidado ao recém-nascido a termo: versão brasileira”. Ciênc. Cuid. Saúde, 2023; 22p.
30. SOUSA FÉLIX AF, et al. Control del asma infantil: principales factores asociados. Enferm. Glob, 2019; 19(1):1–41p.
31. SOUZA AC, et al. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2017; 26(3), 649-659p.
32. TARABAN L, SHAW DS. Parenting in context: revisiting Belsky’s classic process of parenting model in early childhood. Dev. Rev, 2018; 48p.
33. TEIXEIRA MAP, et al. Refinamento de um instrumento para avaliar responsividade e exigência parental percebidas na adolescência. Aval. Psicol, 2004; 3(1):01–12p.
34. VANCE AJ, et al. Patterns of parenting confidence among infants with medical complexity: a mixed-methods analysis. Adv. Neonatal Care, 2021; 21(2):160–168p.
35. VANCE AJ, BRANDON DH. Delineating among parenting confidence, parenting self-efficacy, and competence. ANS, 2017; 40(4):E18–E37.
36. VERISSIMO TAS, et al. O método nas pesquisas sobre a responsividade de escalas que avaliam doenças neurológicas. Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv, 2016; 16(1):17–24p.
37. WITTKOWISKI A, et al. Self-report measures of parental self-efficacy: a systematic review of the current literature. J. Child Fam. Stud, 2017; 26(11):2960–2978p.