



Universidade Católica Portuguesa

**APOIAR NA PARENTALIDADE POSITIVA:  
ÁREAS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em enfermagem

Por Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

Sob a orientação da Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

Sob a coorientação da Professora Doutora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino

Instituto de Ciências da Saúde

Março, 2012



O trabalho desenvolvido nesta tese foi financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia no âmbito do Quadro de Referência Estratégico Nacional, compartilhado pelo Fundo Social Europeu e por fundos nacionais do MCES – Bolsa de Doutoramento com a referência SFRH/PROTEC/49646/2009.



“O Homem faz o mal, porque não sabe o que é o bem.”.

(Sócrates)



Ao Vitó, Rodolfo e Filipa pelo seu amor.



## **AGRADECIMENTOS**

A redação desta dissertação traduz um percurso de aprendizagem com a colaboração de muitas pessoas a quem quero manifestar a minha gratidão:

Ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, pela oportunidade e o acompanhamento neste programa de doutoramento.

Ao Instituto Politécnico de Leiria e à Escola Superior de Saúde de Leiria, pelas condições de apoio e de incentivo.

À Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Dixe, pela orientação, disponibilidade, simpatia e partilha do seu imenso saber.

À Professora Doutora Helena da Conceição Borges Pereira Catarino, pela coorientação com sugestões e comentários fundamentais para este trabalho.

Aos dirigentes das instituições de saúde e das creches pela concessão das autorizações para a aplicação do instrumento de colheita de dados.

Aos educadores e profissionais de saúde, pela colaboração no processo de recolha de informação.

Aos pais e enfermeiros que responderam aos questionários e partilharam as suas dificuldades e o seu saber.

Ao meu colega de gabinete Pedro Gaspar, pelo apoio nas diversas fases do trabalho e por ler e comentar este documento.

Aos peritos que participaram nas diferentes fases da construção do instrumento de colheita de dados, pela pertinência e adequação dos seus comentários.

Ao Doutor Bilhota Xavier e às colegas Clementina, Elisa, Lúcia, Luísa, e Manuela, pela pertinência das suas sugestões e críticas aquando da construção do instrumento de colheita de dados.

Aos colegas Baltazar Ricardo e Clarisse Fontoura pela sua disponibilidade como peritos e pela pertinência dos seus comentários na análise da informação.

Aos colegas da Escola Superior de Saúde pelo apoio e incentivo demonstrados.

À Ana, Teresa e restantes colegas de doutoramento pelo espírito de entajuda que demonstraram.



## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ACES:	Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CDC:	Center for Disease Control and Prevention
ECCriança:	Escala do Comportamento da Criança
ECPPP:	Escala de Autoperceção da Confiança dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva
EDPPP:	Escala de Autoperceção das Dificuldades dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva
EFQM:	Modelo Europeu de Gestão da Qualidade
ENCPPP:	Escala de Autoperceção da Necessidade de Conhecimentos dos Pais para o Exercício da Parentalidade Positiva
ERAP:	Escala de Recursos de Apoio na Parentalidade
HSP:	Healthy Start Program
ICN:	International Council of Nurses
INE:	Instituto Nacional de Estatística
ISPCAN:	International Society For Prevention of Child Abuse and Neglect
KR-20:	Kuder-Richardson-20
NUTS:	Unidades territoriais nacionais para fins estatísticos
PAT:	Parents as Teachers
PED/CPA:	Parent Education Development with Creative Physical Activity
PEPE:	Parenting Education ProgrammE
REACH:	Resources, Education and Care in Home
UCC:	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP:	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UNICEF:	United Nations Children´s Fund
URAP:	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhadas
U.S.:	United States
USF:	Unidade de Saúde Familiar
USP:	Unidade de Saúde Pública
WHO:	World Health Organization



## RESUMO

Parentalidade positiva é um comportamento parental, baseado no melhor interesse da criança, que tem de ser compreendido pelos pais e apoiado pelos profissionais. Como este apoio deve ser centrado em fatores protetores e ter por base as necessidades e potencialidades dos pais, estas variáveis foram basilares na realização deste trabalho composto por três estudos.

O primeiro permitiu caracterizar o exercício da parentalidade positiva, num desenho exploratório e com uma amostra não probabilística de 106 pais de crianças até três anos e meio de idade que responderam a um questionário.

Os resultados evidenciaram que todos os participantes reconheceram a importância do exercício da parentalidade para o desenvolvimento da criança, mas apenas alguns mencionaram ações fundamentais para este desenvolvimento. A ausência destas ações e a existência de dificuldades motivaram a necessidade de uma avaliação do exercício da parentalidade positiva numa amostra de maior dimensão.

Esta avaliação foi objetivo do segundo estudo que teve um desenho correlacional numa amostra não probabilística de 1011 pais de crianças dos três meses aos três anos e meio de idade. Foi aplicado um questionário com cinco grupos de questões para caracterizar os participantes, as crianças, os recursos de apoio, o exercício da parentalidade e a idade da criança em que ocorreram as dificuldades dos pais.

O exercício da parentalidade positiva foi operacionalizado por duas escalas (autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades) com cinco dimensões: necessidades físicas da criança; segurança da criança; desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança; comunicação positiva e disciplina positiva. Estas dimensões também constituíram uma escala para avaliar a autoperceção da necessidade de conhecimentos dos pais para o mesmo exercício. As três escalas foram construídas e validadas no estudo, apresentando boas características psicométricas.

Os resultados evidenciaram a existência de falta de confiança, de dificuldades e de necessidade de conhecimentos dos participantes em todos os itens das dimensões do exercício da parentalidade positiva. Estes itens foram considerados áreas de intervenção de enfermagem e sujeitos a validação por 43 enfermeiros peritos que constituíram a amostra não probabilística do terceiro estudo. Este, num desenho descritivo, teve o objetivo de determinar áreas de intervenção de enfermagem no apoio aos pais.

Os resultados, provenientes de um questionário, indicaram a validação das áreas de intervenção, a existência de programas estruturados no apoio aos pais e as intervenções consideradas efetivas nesse apoio.

Estes resultados contribuem para uma prática com mais qualidade, para um ensino mais direcionado para as necessidades da população e para uma investigação mais produtiva.

Descritores: Criança, pais, parentalidade, enfermagem.



## ABSTRACT

Parenting is positive parental behaviour, based on the child's best interest that must be understood by parents and supported by professionals. As this support must be focused on protective factors and be based on the needs and capabilities of parents, these variables were basic to this work that consist of three studies.

The first allowed the characterisation the processes of positive parenting, in an exploratory design with a nonprobability sample of 106 parents of children aged up to three and half years who responded to a questionnaire.

The results showed that all participants recognized the importance of the process of parenting for child development, but few mentioned any actions fundamental for the development of the child. The absence of these actions and the existence of difficulties motivated the need for an assessment of the process of positive parenting using a larger sample.

This evaluation was the objective of the second study which had a correlational design and a nonprobability sample of 1,011 parents of children aged from three months to three and half years old. A questionnaire with five groups of questions was used to profile the participants, children, support resources, the process of parenting and the age of the child where parents' difficulties occurred.

The process of positive parenting was operationalized using two scales (self-perception of trust and self-perception of difficulties) with five dimensions: the child's physical needs; the child's safety; the child's development, behaviour and stimulation; positive communication; and positive discipline. These dimensions also formed a scale for assessing the self-perception of the parents need for understanding for the same exercise. The three scales were constructed and validated in this study showing good psychometric characteristics.

The results showed the existence of the lack of confidence, of difficulties and of the need for the participants' understanding of all components of the dimensions of the practice of positive parenting. These components were considered areas of nursing intervention and subject to validation by 43 expert nurses who formed the nonprobability sample of the third study. This, in a descriptive design, had the objective of determining areas of nursing intervention in support of parents.

The results from a questionnaire indicated the validation of the areas of intervention, the existence of structured programmes in the support for parents and the interventions considered effective in this support.

These results contribute to a practice with more quality, for a training more directed to the needs of the population and a more productive research.

Descriptors: child, parents, parenting, nursing



## INDICE GERAL

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	29
<b>CAPITULO 1 – CONCEPTUALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA E DOS RECURSOS DE APOIO COM BASE NA LITERATURA</b> .....	37
<b>1.1. PARENTALIDADE POSITIVA: UM PROCESSO BASEADO NO MELHOR INTERESSE DA CRIANÇA</b> .....	38
1.1.1. CONCEITO DE PARENTALIDADE POSITIVA .....	38
1.1.2. PARENTALIDADE COMO PROCESSO DE TRANSIÇÃO .....	40
1.1.3. PROPRIEDADES DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA .....	42
1.1.3.1. <b>Consciência e compromisso com o processo</b> .....	43
1.1.3.2. <b>Tempo da transição</b> .....	44
1.1.3.3. <b>Responsabilidades dos pais no exercício</b> .....	45
1.1.3.4. <b>Períodos de maior vulnerabilidade</b> .....	58
<b>1.2. CONDIÇÕES FACILITADORAS E INIBIDORAS DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE</b> .....	64
1.2.1. CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA .....	64
1.2.2. CARACTERÍSTICAS DOS PAIS .....	66
1.2.3. PREPARAÇÃO E CONHECIMENTOS DOS PAIS .....	69
1.2.4. RECURSOS DE APOIO .....	70
<b>1.3. A ENFERMAGEM NO APOIO DA PARENTALIDADE POSITIVA</b> .....	75
1.3.1. CONTEXTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM PORTUGAL .....	75
1.3.2. REGULAMENTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM .....	77
1.3.2.1. <b>Grupo Profissional</b> .....	78
1.3.2.2. <b>Exercício profissional</b> .....	79
1.3.3. PROGRAMAS DE APOIO NA PARENTALIDADE POSITIVA .....	80
1.3.3.1. <b>Descrição dos programas</b> .....	81
1.3.3.2. <b>A efetividade dos programas</b> .....	87
1.3.3.3. <b>Estratégias de intervenção</b> .....	94
<b>1.4. SINTESE DO CAPÍTULO</b> .....	99
<b>CAPÍTULO 2 – ESTUDO DE CARACTERIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA</b> .....	101
<b>2.1. MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	102
2.1.1. OBJETIVOS .....	102
2.1.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	102
2.1.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO .....	103
2.1.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	104
2.1.5. TRATAMENTO DOS DADOS .....	106
<b>2.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	107
2.2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	107

2.2.2. DIFICULDADES NO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE .....	108
2.2.3. FACILIDADES SENTIDAS NO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE .....	117
2.2.4. IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE.....	121
<b>2.3. SÍNTESE DO CAPÍTULO.....</b>	<b>124</b>
<b>CAPÍTULO 3 – ESTUDO DE AVALIAÇÃO DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA.....</b>	<b>125</b>
<b>3.1. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>127</b>
3.1.1. OBJETIVOS .....	127
3.1.2. HIPÓTESES .....	128
3.1.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	129
3.1.4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO .....	132
3.1.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS NA COLHEITA DE DADOS .....	149
3.1.6. TRATAMENTO DOS DADOS .....	150
<b>3.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>152</b>
3.2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	152
3.2.2. CARACTERÍSTICAS DA SAÚDE E DO COMPORTAMENTO DAS CRIANÇAS .....	156
3.2.3. RECURSOS DE APOIO NO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA .....	157
3.2.4. EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA .....	159
3.2.5. IDADE DA CRIANÇA EM QUE AS DIFICULDADES NO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA FORAM MAIS SENTIDAS .....	164
3.2.6. RELAÇÃO ENTRE O EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA E AS CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES .....	166
3.2.7. RELAÇÃO ENTRE O EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA E AS CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS .....	174
3.2.8. RELAÇÃO ENTRE O EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA E OS RECURSOS DE APOIO .....	177
3.2.9. VARIÁVEIS EXPLICATIVAS DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA ...	179
<b>3.3. SÍNTESE DO CAPÍTULO .....</b>	<b>186</b>
<b>CAPÍTULO 4 – ESTUDO SOBRE AS ÁREAS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO APOIO À PARENTALIDADE POSITIVA .....</b>	<b>187</b>
<b>4.1. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>188</b>
4.1.1. OBJETIVOS .....	188
4.1.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	189
4.1.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO .....	190
4.1.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS NA COLHEITA DE DADOS .....	192
4.1.5. TRATAMENTO DOS DADOS .....	193
<b>4.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>195</b>
4.2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	195
4.2.2. VALIDAÇÃO DAS ÁREAS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO APOIO AOS PAIS .....	196
4.2.3. EXISTÊNCIA DE PROGRAMAS DE APOIO AOS PAIS .....	197
4.2.4. INTERVENÇÕES CONSIDERADAS EFETIVAS NO APOIO AOS PAIS .....	198
<b>4.3. SÍNTESE DO CAPÍTULO .....</b>	<b>208</b>

<b>CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>209</b>
<b>5.1. CARACTERIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA .....</b>	<b>210</b>
<b>5.2. AVALIAÇÃO DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA .....</b>	<b>216</b>
<b>5.3. ÁREAS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO APOIO AO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA .....</b>	<b>235</b>
<b>CONCLUSÕES E SUGESTÕES .....</b>	<b>241</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>251</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1: Instrumento de colheita de dados do primeiro estudo	
Anexo 2: Pedido e autorização para recolha de informação do primeiro estudo	
Anexo 3: Pedido e autorização para utilização da estrutura de transição	
Anexo 4: Instrumento de colheita de dados do segundo estudo	
Anexo 5: Pedido e autorização para recolha de informação do segundo estudo	
Anexo 6: Instrumento de colheita de dados do terceiro estudo	
Anexo 7: Pedido e autorização para recolha de informação do terceiro estudo	



## INDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 2.1	Percentagens de mães e pais por categorias das dificuldades no exercício da parentalidade	111
Gráfico 2.2	Percentagem de mães e pais por subcategorias da categoria papel parental das dificuldades no exercício da parentalidade	112
Gráfico 2.3	Frequências dos participantes por categorias de dificuldades no exercício da parentalidade, em função destas ocorrerem até aos 6 meses de idade da criança e na totalidade dos 3 anos.	113
Gráfico 2.4	Percentagem de mães e pais por categorias das ações que eles consideram importantes para o desenvolvimento da criança.	123
Gráfico 3.1	Locais de recolha da informação	132
Gráfico 3.2	Médias das dimensões das escalas do exercício da parentalidade positiva (ECPPP e EDPPP)	162
Gráfico 3.3	Percentagem de participantes que tiveram dificuldades em cada grupo etário das crianças, por áreas de dificuldades	165



## INDICE DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1.1	Transições: Uma teoria de Médio-Alcance	42
Figura 1.2	Cólicas da criança descritas pela quantidade e qualidade do choro	93
Figura 2.1	Estrutura do primeiro estudo	102
Figura 3.1	Estrutura com as variáveis do segundo estudo	126
Figura 3.2	Estrutura metodológica do segundo estudo	128
Figura 3.3	Concelhos do Distrito de Leiria e Distritos limítrofes	130
Figura 4.1	Estrutura do terceiro estudo	187
Figura 4.2	Estrutura metodológica do terceiro estudo	188



## INDICE DE TABELAS

	Pág.	
Tabela 1.1	Distribuição dos enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros por sectores de atividade	78
Tabela 1.2	Distribuição dos enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros por títulos de especialista	79
Tabela 2.1	Dados sociodemográficos da amostra do primeiro estudo	107
Tabela 2.2	Idade das crianças a que correspondem os dados	108
Tabela 2.3	Distribuição da amostra por mães e pais em função de sentirem ou não dificuldades no exercício da parentalidade	108
Tabela 2.4	Frequências dos participantes e de unidades de enumeração por categorias e subcategorias das dificuldades no exercício da parentalidade	110
Tabela 2.5	Frequências dos participantes por categorias e subcategorias de dificuldades no exercício da parentalidade em função da idade da criança em que estas ocorreram	112
Tabela 2.6	Frequências dos participantes e das unidades de enumeração pelas categorias e subcategorias das situações, momentos ou ocasiões de maior dificuldade no exercício da parentalidade.	115
Tabela 2.7	Frequências dos participantes e das unidades de enumeração pelas categorias das respostas às situações problemáticas.	117
Tabela 2.8	Frequências dos participantes por período etário da criança em que foi mais fácil o exercício da parentalidade.	118
Tabela 2.9	Frequências dos participantes e das unidades de enumeração por categorias e subcategorias das situações, momentos ou ocasiões de facilidade no exercício da parentalidade	119
Tabela 2.10	Frequências dos participantes e das unidades de enumeração por categorias e subcategorias da justificação para as facilidades no exercício da parentalidade.	121
Tabela 2.11	Frequências dos participantes e das unidades de enumeração por categorias e subcategorias de ações para o desenvolvimento da criança.	122
Tabela 3.1	Nados vivos em 2007, 2008 e 2009, por Concelhos do Distrito de Leiria e número de pais participantes no estudo por Concelho de residência.	131
Tabela 3.2	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna ( <i>Alfa de Cronbach</i> ( $\alpha$ )) dos itens e do total da Escala do Comportamento da Criança (ECCriança).	137
Tabela 3.3	Correlações dos itens com o factor extraído por análise fatorial e valores das comunalidades da ECCriança	137
Tabela 3.4	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna ( <i>Kuder-Richardson</i> - KR20) dos itens e das dimensões da Escala dos Recursos de Apoios na Parentalidade (ERAP).	139
Tabela 3.5	Análise discriminante das dimensões da ERAP.	140

Tabela 3.6	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach - $\alpha$ ) dos itens e das dimensões das ECPPP, EDPPP e ENCPPP	145
Tabela 3.7	Análise discriminante das dimensões das ECPPP, EDPPP e ENCPPP.	147
Tabela 3.8	Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre as cinco dimensões de cada escala nas ECPPP, EDPPP e ENCPPP	148
Tabela 3.9	Dados sociodemográficos da amostra do segundo estudo	153
Tabela 3.10	Dados habitacionais, académicos e profissionais da amostra	154
Tabela 3.11	Dados sociodemográficos das crianças	155
Tabela 3.12	Estatísticas das respostas dos participantes em função do comportamento das crianças (ECCriança)	156
Tabela 3.13	Frequências dos participantes por itens da Escala de Recursos de Apoio na Parentalidade (ERAP)	157
Tabela 3.14	Estatísticas das dimensões da Escala de Recursos de Apoio na Parentalidade (ERAP)	158
Tabela 3.15	Frequências dos participantes em função dos recursos de apoio que não tiveram e indicaram necessitarem	158
Tabela 3.16	Médias, desvios-padrão e coeficientes de variação das respostas aos itens e dimensões da ECPPP	160
Tabela 3.17	Médias, desvios-padrão e coeficientes de variação das respostas aos itens e dimensões da EDPPP	161
Tabela 3.18	Médias, desvios-padrão e coeficientes de variação das respostas aos itens e dimensões da ENCPPP	163
Tabela 3.19	Frequências dos participantes em função das idades das crianças em que ocorreram as dificuldades, independentemente da área de dificuldades.	164
Tabela 3.20	Correlações de <i>Pearson</i> entre os totais das dimensões das ECPPP e EDPPP e os totais das dimensões da ENCPPP e entre a idade dos participantes.	167
Tabela 3.21	Médias e desvios-padrão das dimensões das ECPPP e EDPPP em função do sexo dos participantes e resultados do teste <i>t-Student</i> para grupos independentes.	168
Tabela 3.22	Médias e desvios-padrão das dimensões das ECPPP e EDPPP, em função da empregabilidade dos participantes e resultados do teste <i>t-Student</i> para grupos independentes.	169
Tabela 3.23	Médias e desvios-padrão das dimensões das ECPPP e EDPPP, em função da remuneração familiar mensal dos participantes e resultados do teste <i>Anova</i> para 4 grupos independentes	170
Tabela 3.24	Médias e desvios-padrão das dimensões das ECPPP e EDPPP, em função da residência dos participantes e resultados do teste <i>Anova</i> para três grupos independentes	170
Tabela 3.25	Teste <i>Post-hoc (Games-Howell)</i> nas dimensões das ECPPP e EDPPP onde se verificaram diferenças de médias, em função da residência dos participantes.	171
Tabela 3.26	Médias e desvios padrão nas dimensões das ECPPP e EDPPP, em função do nível de escolaridade dos participantes e resultados do teste <i>Anova</i> para quatro grupos independentes.	172

Tabela 3.27	Teste <i>Post-hoc</i> ( <i>Games-Howell</i> ) nas dimensões das ECPPP e EDPPP onde se verificaram diferenças de médias, em função da escolaridade dos participantes.	172
Tabela 3.28	Médias e desvios padrão nas dimensões das ECPPP e EDPPP, em função dos participantes terem um ou mais filhos e resultados do teste <i>t-Student</i> para grupos independentes.	173
Tabela 3.29	Correlações de <i>Pearson</i> entre as dimensões das ECPPP e EDPPP e o comportamento (ECCriança) e idade da criança	175
Tabela 3.30	Médias e desvios padrão nas dimensões das ECPPP e EDPPP, em função da existência de problemas de saúde na criança e resultados do teste <i>t-Student</i> para grupos independentes.	176
Tabela 3.31	Médias e desvios padrão nas dimensões das ECPPP e EDPPP, em função do peso de nascimento da criança e resultados do teste <i>t-Student</i> para grupos independentes.	177
Tabela 3.32	Correlações de <i>Pearson</i> entre as dimensões das ECPPP e EDPPP e os recursos de apoio formal e informal que tiveram.	178
Tabela 3.33	Regressão linear múltipla entre as dimensões da ECPPP e as variáveis que caracterizaram os participantes, as crianças e os recursos de apoio.	182
Tabela 3.34	Regressão linear múltipla entre as dimensões da EDPPP e as variáveis que caracterizaram os participantes, as crianças e os recursos de apoio.	185
Tabela 4.1	Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), Hospitais e peritos participantes no estudo por Administrações Regionais de Saúde	190
Tabela 4.2	Dados sociodemográficos e profissionais da amostra do terceiro estudo	195
Tabela 4.3	Validação das áreas de intervenção de enfermagem para apoio na confiança, nas dificuldades e na necessidade de conhecimentos dos pais	196
Tabela 4.4	Frequências das respostas dos participantes sobre a existência de programas e das instituições onde eles existiam, por dimensões do exercício da parentalidade positiva	197
Tabela 4.5	Categorias, subcategorias e unidades de enumeração das intervenções de apoio aos pais no exercício da parentalidade positiva	203
Tabela 4.6	Categorias, subcategorias e unidades de enumeração dos recursos utilizados pelos participantes no apoio aos pais no exercício da parentalidade positiva	206
Tabela 4.7	Categorias, subcategorias e unidades de enumeração das intervenções centradas na criança e nos recursos de apoio aos profissionais	207



## INTRODUÇÃO

O percurso profissional e académico na área de especialização de enfermagem em saúde infantil e pediátrica e na área da gestão em enfermagem motivaram o desenvolvimento de uma problemática que teve por base variáveis essenciais na gestão em enfermagem e o foco de atenção nas crianças.

A gestão em enfermagem centra-se na coordenação e integração de recursos através do planeamento, organização, direção e controlo da provisão dos serviços de enfermagem necessários para os objetivos das instituições, num determinado contexto legal, com segurança do cliente e implementação contínua da qualidade (National Council of State Boards of Nursing, 2005). Este controlo na provisão dos serviços e implementação contínua da qualidade pressupõem um sistema orientado para os resultados e em que as organizações são responsáveis por continuamente monitorizarem e melhorarem a qualidade dos seus serviços e salvaguardarem altos níveis de cuidados centrados nos clientes e nos serviços (Jasper & Jumaa, 2005). Esta centralidade no cliente é um conceito fundamental de excelência que orienta o Modelo Europeu de Gestão da Qualidade (EFQM) e pressupõe que a organização se centre na procura da satisfação das necessidades atuais e das expectativas dos seus clientes e que responda de forma rápida e eficiente (António & Teixeira, 2007).

Assim, as necessidades e expectativas do cliente são o foco essencial da gestão da qualidade, o ponto de partida para a gestão em enfermagem e para este estudo que se centra nos pais e crianças até três anos de idade.

A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças são consideradas imperativas para os profissionais e para os serviços de saúde no programa-tipo de atuação em saúde infantil e juvenil de 2002 e 2005, com ganhos traduzidos pela diminuição da morbilidade e da mortalidade infantil (Direção Geral de Saúde, 2005a). No entanto, a emergência de novos problemas exige uma reavaliação dos focos de atenção pelos enfermeiros.

A atenção deve centrar-se, essencialmente, na ajuda aos pais que são os principais responsáveis pela educação da criança com a ajuda do estado. Esta atribuição está expressa na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de setembro

de 1990 (United Nations Children's Fund, UNICEF, s.d.). Esta considera que as crianças, devido à sua vulnerabilidade, necessitam de uma proteção e de uma atenção especiais.

No entanto, de acordo com os relatórios anuais de avaliação da atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, em Portugal existem maus tratos infantis. A negligência foi a forma mais prevalente e mais elevada dos maus tratos que ocorreram no grupo etário dos 0 aos 5 anos (Alvarenga, 2008; Santos, 2009). Esta não só inclui incidentes isolados, mas também a incapacidade dos pais ou outros familiares em providenciar uma ou mais das áreas fundamentais para o desenvolvimento e bem-estar da criança ou por abuso psicológico e emocional (World Health Organization [WHO] & International Society For Prevention of Child Abuse and Neglect [ISPCAN], 2006).

De acordo com estes autores e com o Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2008a), as crianças abusadas ou negligenciadas têm maior risco de desenvolverem problemas de saúde em adultos e, embora o risco de abuso seja maior em famílias problemáticas e sem apoio social, a negligência não acontece necessariamente com famílias pobres, podendo acontecer igualmente em famílias sem problemas financeiros.

O apoio aos pais e o ensino de competências parentais são estratégias de prevenção apontadas por estes autores que analisam a parentalidade como tendo um duplo efeito de aumento e diminuição do mau trato infantil, em que uma inadequada parentalidade engloba a maioria dos fatores de risco e uma parentalidade adequada engloba fatores protetores dos maus tratos infantis. Esta proteção pressupõe a utilização de uma parentalidade positiva que é fundamental nos primeiros três anos de vida da criança, pois esta depende inteiramente dos seus cuidadores e tem oportunidades únicas de aprendizagem e desenvolvimento. Durante estes anos, o cérebro humano tem grande potencial para a aprendizagem e os pais têm oportunidade de otimizar o desenvolvimento do seu filho (American Academy of Pediatrics, 2005; Kretchmar-Hendricks, 2005).

Esta importância do apoio na parentalidade e a falta de programas educacionais para os pais também foram denunciados num trabalho elaborado em 2001 por peritos do Conselho da Europa. Este resumiu os programas de apoio aos pais existentes nos vários países da Europa em duas categorias: os dirigidos a famílias com problemas e os dirigidos a crianças com dificuldades (Sandbaek, 2008). Este autor considera que os programas de apoio na parentalidade não devem focar, apenas os fatores de risco, mas, também, os fatores protetores. O foco na promoção dos fatores protetores para assegurar o bem-estar das crianças e famílias é uma abordagem também defendida pelo U.S. Department of

Health and Human Services (2008 e 2011), que a considera mais produtiva do que apenas reduzir o risco. A abordagem global ajuda a conhecer a necessidade de apoio a todos os pais e permite o desenvolvimento de um relacionamento positivo dos profissionais com os pais que é importante para solicitarem ajuda quando necessitarem. Esta entidade refere que os fatores protetores são atributos positivos que fortalecem as famílias e que podem constituir um quadro conceptual útil para trabalhos de apoio às famílias. Entre estes fatores encontram-se os pais saberem responder às necessidades da criança com relacionamento positivo, o conhecimento do desenvolvimento normal da criança e o tipo de apoio e disciplina em cada fase.

Estes fatores positivos são características da parentalidade positiva que integra o conjunto de funções atribuídas aos pais para cuidarem e educarem os seus filhos e é definida por comportamentos e valores parentais, baseados no melhor interesse das crianças. Tem como princípios básicos o reconhecimento das crianças e dos pais titulares de direitos e sujeitos a obrigações, com um potencial natural e pluralista e parceiros essenciais na otimização do potencial de desenvolvimento das crianças (Council of Europe, 2008).

A parentalidade positiva nos primeiros três anos de vida integra variáveis essenciais como um envolvimento parental positivo com a criança, qualidade nas trocas afetivas e sensibilidade dos pais para interpretar e responder às necessidades da criança com autenticidade e coerência (Pecnik, 2008).

Este processo envolve um conjunto complexo de funções específicas que são dirigidas à otimização do crescimento e desenvolvimento da criança e exigem o desenvolvimento de processos cognitivos, comportamentais e interpessoais que têm de ser compreendidos e apoiados (Council of Europe, 2006). Os profissionais de enfermagem são recursos para este apoio aos pais e têm uma função de destaque pela sua proximidade com os mesmos.

O apoio pressupõe uma ação do enfermeiro que consiste em ajudar alguém a ser bem-sucedido (International Council of Nurses, ICN, 2005), o que induz centralidade nas necessidades e potencialidades dos pais. De acordo com Olds, Sadler e Kitzman (2007), os programas de apoio aos pais se tiverem por base as suas necessidades e forem cuidadosamente desenhados têm maior probabilidade de sucesso. Para este sucesso a American Academy of Pediatrics (2009) também refere a necessidade de preparar a equipa, supervisionar, criar protocolos apropriados e adotar medidas de garantia de

qualidade. Esta coordenação é função dos gestores e exige um diagnóstico das necessidades da globalidade dos pais e uma prévia preparação.

A necessidade de preparação dos pais, também, foi identificada nos estudos de enfermagem analisados por Gage, Everett e Bullock (2006) numa revisão da literatura. No entanto, a maioria destes estudos, focava a parentalidade em situações de crianças com problemas físicos ou de desenvolvimento.

Na sequência desta problemática, e com o propósito de identificar áreas de intervenção de enfermagem a partir das necessidades dos pais e contribuir para a delineação de programas que possam traduzir ganhos de saúde para a criança e para os pais, surgiu a questão de partida para este estudo:

- Como é exercida a parentalidade positiva em crianças até três anos de idade e em que áreas e de que forma os enfermeiros podem apoiar?

Para responder a esta questão foram desenhados três estudos em função de três objetivos gerais:

- Caracterizar o exercício da parentalidade positiva por pais de crianças até três anos e meio de idade.
- Avaliar o exercício da parentalidade positiva por pais de crianças até três anos e meio de idade.
- Determinar áreas de intervenção de enfermagem no apoio aos pais de crianças até três anos de idade no exercício da parentalidade positiva.

Para cada um destes objetivos foi realizado um estudo com um desenho que teve por base a estrutura das transições proposta por Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher (2000). Estes autores apresentaram esta estrutura para orientar a investigação e a prática de enfermagem em processos de transição caracterizados por dois grandes grupos de variáveis: as que operacionalizam a natureza da transição e as que determinam as condições de transição. Na natureza da transição os autores incluíram o tipo, os padrões e as propriedades da transição e nas condições de transição os facilitadores e inibidoras do processo. As intervenções de enfermagem são consideradas condições facilitadoras, mas dão resposta a todos os componentes da natureza e das condições das transições e têm o objetivo de promover respostas saudáveis à transição.

Esta estrutura não é específica do exercício da parentalidade, mas este exercício é considerado por Meleis (2007) como uma transição pela exigência de desenvolvimento de atividades fundamentais num processo em constante mudança e que necessita de preparação antecipada.

Consequentemente, esta estrutura foi orientadora dos três estudos pelo que são sempre referenciadas variáveis da natureza do exercício da parentalidade positiva e das condições facilitadoras e inibidoras desse exercício.

O primeiro estudo permitiu caracterizar o exercício da parentalidade positiva e teve os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as propriedades do exercício da parentalidade através das dificuldades, facilidades e crenças dos pais de crianças até três anos e meio de idade.
- Identificar as condições do exercício da parentalidade dos pais de crianças até três anos e meio de idade, através das respostas dos mesmos às situações de maior dificuldade e da crença na importância do seu papel.

Para a concretização destes objetivos realizou-se um estudo exploratório numa amostra não probabilística de 88 mães e 18 pais de crianças até três anos e meio de idade que recorreram aos Centros de Saúde do Distrito de Leiria para a consulta de saúde infantil e vacinação da criança.

Os dados foram colhidos por um questionário com quatro grupos de questões para caracterizar variáveis sociodemográficas, as dificuldades, as facilidades e a importância atribuída pelos pais ao exercício da parentalidade. Os três últimos grupos foram constituídos, essencialmente, por questões de resposta aberta, sendo os resultados provenientes da análise temática da informação.

Os resultados identificaram situações de dificuldades e de facilidades dependentes de fatores relacionados com as crianças, com os pais e com os recursos de apoio, mas as baixas frequências e a ausência de informação em algumas categorias não asseguraram o diagnóstico de necessidades de apoio dos pais para o exercício da parentalidade positiva.

Com esta finalidade foi realizado um segundo estudo para avaliar o mesmo exercício por pais de crianças até três anos e meio de idade. Teve os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar o exercício da parentalidade positiva (autoperceção da confiança e das dificuldades) dos pais de crianças até três anos e meio, através de escalas construídas e validadas para o efeito.

- Avaliar as características do comportamento da criança percebidas pelos pais de crianças até três anos e meio de idade, através de escala construída e validada para o efeito.

- Identificar as características sociodemográficas, peso de nascimento e existência de problemas de saúde das crianças.

- Identificar a idade da criança em que ocorrem mais dificuldades no exercício da parentalidade positiva dos pais de crianças até três anos e meio.

- Identificar as características sociodemográficas e profissionais dos pais de crianças até três anos e meio de idade.

- Avaliar a necessidade de conhecimentos para a parentalidade positiva dos pais de crianças até três anos e meio de idade através de escala construída e validada para o efeito

- Avaliar os recursos de apoio que os pais tiveram no exercício da parentalidade positiva, através de uma escala construída e validada para o efeito.

- Identificar os recursos de apoio que os pais necessitavam e não tiveram no exercício da parentalidade positiva.

- Relacionar os recursos de apoio, características da criança e características dos pais com o exercício da parentalidade positiva.

- Determinar as variáveis explicativas das diferenças na autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades dos pais no exercício da parentalidade positiva.

Para a prossecução destes objetivos desenhou-se um estudo correlacional. O exercício da parentalidade positiva foi operacionalizado pela autoperceção da confiança e pela autoperceção das dificuldades dos pais nesse exercício e as condições do exercício por variáveis que caracterizaram os pais, as crianças e os recursos de apoio.

Para analisar a relação entre as variáveis do exercício e as variáveis das condições do mesmo, construíram-se cinco hipóteses. Três correlacionaram o exercício da parentalidade positiva (autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades) dos pais de crianças até três anos e meio de idade com a sua idade e necessidade de conhecimentos, com o comportamento e idade da criança e com os recursos de apoio que tiveram. As duas restantes verificaram a existência de diferenças, estatisticamente significativas, entre o exercício da parentalidade positiva (autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades) dos pais de crianças até três anos e meio de idade em função das características dos mesmos (sexo, nível de escolaridade, residência, rendimento familiar e terem um ou mais filhos) e das características da criança (existência de problemas de saúde e peso de nascimento).

A amostra foi recolhida da população dos pais de crianças que frequentavam creches nos vários Concelhos do Distrito de Leiria no ano de 2010; dos pais de crianças que recorriam aos Centros de Saúde do mesmo Distrito, no período de junho a outubro de

2010 e pais de crianças do Distrito de Leiria que respondessem ao questionário disponibilizado *online*. A amostra não probabilística ficou constituída por 1011 participantes (664 mães e 347 pais) que responderam a um questionário com cinco grupos de questões para caracterização dos participantes, das crianças referenciadas no estudo, do exercício da parentalidade positiva, dos recursos de apoio nesse exercício e da idade da criança em que as dificuldades dos pais foram mais sentidas.

Na caracterização dos participantes incluíram-se variáveis sociodemográficas e profissionais, a experiência no exercício da parentalidade traduzida pela existência de um ou mais filhos e os conhecimentos dos pais. Para avaliação da necessidade de conhecimentos foi construída uma escala formada pelos mesmos itens que integraram duas escalas construídas para medir o exercício da parentalidade positiva.

Consequentemente, foram elaboradas três escalas com os mesmos itens e as mesmas cinco dimensões (necessidades físicas da criança, segurança da criança, desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança, comunicação positiva e disciplina positiva), em que duas operacionalizaram o exercício da parentalidade positiva (Escala de Autoperceção da Confiança e Escala de Autoperceção das Dificuldades dos pais) e uma avaliou a necessidade de conhecimentos dos pais (Escala de Autoperceção da Necessidade de Conhecimentos para o Exercício da Parentalidade Positiva).

Na caracterização das crianças, as questões operacionalizaram variáveis sociodemográficas, existência de problemas de saúde e características do comportamento. Para as características do comportamento construiu-se e validou-se uma escala unidimensional denominada por Escala do Comportamento da Criança (ECCriança).

Para os recursos de apoio foi construída e validada uma escala dicotómica, com duas dimensões, denominada por Escala de Recursos de Apoio na Parentalidade (ERAP).

As áreas em que os pais tiveram necessidade de apoio e que resultaram desta avaliação do exercício da parentalidade positiva foram validadas como áreas de intervenção de enfermagem no terceiro estudo.

Este estudo concretizou o terceiro objetivo geral e teve os seguintes objetivos específicos:

- Validar as áreas de intervenção de enfermagem resultantes da avaliação do exercício da parentalidade positiva dos pais de crianças até três anos e meio de idade.

- Identificar a existência de programas estruturados de apoio aos pais no exercício da parentalidade positiva.
- Descrever intervenções de enfermagem consideradas efetivas pelos enfermeiros no apoio aos pais de crianças até três anos de idade no exercício da parentalidade positiva.

A fim de dar resposta a estes objetivos desenhou-se um estudo descritivo com uma amostra de enfermeiros considerados peritos, através de critérios previamente estabelecidos e do reconhecimento dos dirigentes dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e dos Hospitais Especializados.

A amostra não probabilística foi constituída por 43 enfermeiros das cinco Administrações Regionais de Saúde existentes em Portugal Continental que responderam a um questionário disponibilizado *online* ou enviado por correio convencional, de acordo com as preferências dos participantes.

Do ponto de vista estrutural, este trabalho divide-se em cinco capítulos:

No primeiro capítulo apresenta-se uma revisão da literatura efetuada para conceptualizar o exercício da parentalidade positiva e os recursos de apoio. É subdividido em três subcapítulos, em que o primeiro é direcionado para o exercício da parentalidade positiva como um processo de transição centrado no melhor interesse da criança, com especificação das suas propriedades. O segundo centra-se nas condições facilitadoras e inibidoras desse exercício, com especificação das características da criança e dos pais, a preparação e os conhecimentos dos pais e os recursos de apoio. O terceiro direciona-se para a enfermagem como um recurso de apoio integrado num contexto institucional e organizativo e para os programas de apoio na parentalidade positiva.

O segundo, terceiro e quartos capítulos descrevem o primeiro, segundo e terceiro estudos. Cada um destes capítulos tem um subcapítulo que especifica os materiais e métodos e um que apresenta os resultados e finaliza com uma síntese do estudo apresentado.

No quinto capítulo são discutidos os resultados dos três estudos.

Finalmente, a conclusão apresenta a síntese dos principais resultados e as suas implicações para a prática profissional, para o ensino e para a investigação.

## **CAPÍTULO 1**

### **CONCEPTUALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA E DOS RECURSOS DE APOIO COM BASE NA LITERATURA**

A parentalidade é um estado ao longo da vida com consequências para os pais e uma função cujo objeto de atenção e de ação é a criança (Juffer, Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn, 2008). Isto pressupõe que a parentalidade constitua um projeto de saúde centrado nos pais ou um projeto de saúde centrado na criança. É a vertente deste projeto e desta função centrada na criança, tendo em vista o seu melhor interesse, que é desenvolvida neste capítulo.

A parentalidade na sua vertente positiva é abordada como um processo de transição com propriedades e condições facilitadoras e inibidoras onde se incluem os recursos de apoio.

Nestes recursos inclui-se o apoio de enfermagem que está enquadrado num contexto jurídico-institucional dos serviços de saúde, numa organização da profissão e em complementaridade funcional com outros profissionais de saúde.

Neste capítulo são abordados estes assuntos, iniciando-se com a conceptualização da parentalidade positiva como um processo baseado no melhor interesse da criança e com as condições facilitadoras e inibidoras desse processo. Finaliza-se o capítulo com o enquadramento e as atividades de enfermagem no apoio à parentalidade positiva.

## **1.1. PARENTALIDADE POSITIVA: UM PROCESSO BASEADO NO MELHOR INTERESSE DA CRIANÇA**

O melhor interesse da criança tem como principal preocupação o desenvolvimento do seu potencial, segurança e bem-estar (Child Welfare Information Gateway, 2010). As necessidades decorrentes deste desenvolvimento tornam a parentalidade um processo também em desenvolvimento. Isto é afirmado por Soussan (2007) que considera a análise deste processo em três aspetos dependentes uns dos outros: o exercício, a experiência e a prática. Este autor utiliza o termo exercício para se referir ao campo jurídico e o termo prática para traduzir o conjunto dos cuidados parentais.

Neste estudo são considerados os dois termos sinónimos e referentes ao conjunto dos cuidados parentais. Estes são desenvolvidos no contexto jurídico, socioeconómico e cultural português e num processo em transição com mudanças consecutivas no relacionamento com a criança e nas habilidades e conhecimentos necessários.

### **1.1.1. CONCEITO DE PARENTALIDADE POSITIVA**

Parentalidade deriva do verbo latino “*parere*” para produzir, desenvolver ou educar evidenciando um processo, uma atividade e uma interação usualmente ligada ao desenvolvimento da criança (Hoffmann, 2002 citado por Hoghughi, 2004). É também neste sentido que a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem a define como uma ação de tomar conta em que o pai ou a mãe assumem responsabilidades e comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento da criança (ICN, 2005).

A conotação da palavra parentalidade já indica uma atividade positiva e encorajadora (Hoffmann, 2002 citado por Hoghughi, 2004), mas a parentalidade positiva reforça o uso do amor, do apoio e de um ambiente de respeito no crescimento da criança e reforça o objetivo de aumentar a sua autoestima, autoconfiança e otimizar o seu desenvolvimento (American Academy of Pediatrics, 2005).

O Conselho da Europa define parentalidade positiva como um comportamento parental que se baseia no melhor interesse da criança e que assegura o seu crescimento, educação, capacitação, com reconhecimento e orientação, sem violência e com fixação de limites para permitir o seu pleno desenvolvimento (Council of Europe, 2006). Há uma

promoção de um relacionamento positivo com a criança, a otimização do seu potencial de desenvolvimento e um reconhecimento do valor da infância. As crianças devem ser vistas como valiosos membros da sociedade e não somente como futuros adultos.

Este reconhecimento do valor da pessoa também se generaliza aos pais pelo que a mesma entidade recomenda que, no apoio à parentalidade, os pais devam ser considerados os principais responsáveis pela criança, titulares de direitos e obrigações e parceiros com potencial natural e com direito à diferença no desempenho do seu papel parental.

De acordo com Murphy e Bornstein (2004), a parentalidade é uma fonte de desenvolvimento positivo. Este foca-se nas características e comportamentos que constituem pontos fortes e virtudes em crianças e adultos.

Pelas abordagens destes autores, verifica-se que o termo positivo associado à parentalidade não pretende, apenas, determinar o que é certo e errado, mas dar-lhe uma orientação salutogénica e uma exploração dos aspetos positivos, tanto no processo como nos resultados, com confiança e entusiasmo, e uma intervenção mais profilática e promotora.

De acordo com Antonovsky (1996), a orientação salutogénica pressupõe uma visão universal e duradoura e é centrada em fatores protetores sem desconsiderar os fatores de risco ou os problemas diagnosticados. A pessoa tem de ser vista na sua globalidade e como um colaborador. Concentra a sua atenção nos recursos de proteção internos da pessoa, nos seus pontos fortes, para a superação das dificuldades. De entre esses recursos destaca-se o sentido de coerência em que as pessoas, perante os desafios, têm confiança e motivação para gerir os seus próprios recursos, tendo em vista uma mudança que compreendem e à qual atribuem significado.

Esta promoção da positividade e, especificamente, de emoções positivas são valores da psicologia positiva e, para Barros de Oliveira (2010), constroem recursos pessoais de resistência ou de resiliência. Na psicologia positiva, para além da atenção nas dificuldades e problemas das pessoas, devem ser consideradas as suas experiências positivas assim como a felicidade, os talentos, os interesses, os pontos fortes de carácter e o relacionamento positivo entre amigos e membros da família (Peterson, 2009).

Estes aspetos e abordagens positivas estão presentes na definição de parentalidade positiva de Jones e Prinz (2005), num estudo de revisão sobre a autoeficácia parental e num estudo de Lopes, Catarino e Dixe (2010), numa revisão sistemática da literatura sobre a parentalidade positiva e a enfermagem.

O apoio na parentalidade positiva tem de partir das potencialidades dos pais e considerar os seus pontos fortes e as suas diferenças. Isto exige proximidade e acessibilidade do enfermeiro e a utilização de metodologias que permitam um relacionamento positivo e interativo com os pais.

### 1.1.2. PARENTALIDADE COMO PROCESSO DE TRANSIÇÃO

As mudanças nas vidas dos pais com o nascimento da criança e as responsabilidades evolutivas do exercício da parentalidade exigem que este se desenvolva num processo de mudança que Meleis (2007) descreve como transição.

A parentalidade é uma transição de natureza complexa e integra muitas transições situacionais para os pais e para as crianças. É uma transição de desenvolvimento no exercício do papel parental (Canaval, Jaramillo, Rosero & Valência, 2009; Meleis, 2007) e apoia a transição de desenvolvimento da criança. O processo de crescimento e de desenvolvimento da criança requer, dos pais e da criança, sucesso na adaptação a uma série de ambientes sociais sucessivos, começando com a família, depois com a escola, vizinhos e comunidade e envolvem uma preparação antecipada (Health Canada, 2010).

A mesma entidade considera quatro transições de desenvolvimento da criança: transição para o primeiro ano, transição para a escola, para a adolescência e transição para adulto. No entanto, os importantes acontecimentos que ocorrem no desenvolvimento da criança, que muitas vezes são sinalizados com celebrações, também são considerados por Betz (2005) como transições, dando como exemplo as celebrações por completarem programas académicos e por aquisição de sacramentos para quem tem cultura de práticas religiosas.

Para a mesma autora, as crianças também passam por transições situacionais (guerras, alterações naturais, económicas e sociais, divórcio e desemprego dos pais, o nascimento de um irmão e morte de um familiar); por transições organizacionais (integração na creche, escola e serviços de saúde) e por transições de saúde ou doença (doenças crónicas).

Hattar-Pollara (2010) menciona a Teoria de Galinsky como focando aspetos da transição para a maternidade e paternidade e se centra no desenvolvimento dos pais com o crescimento e em interação com a criança. O nascimento do primeiro filho é o início do primeiro estágio e quando os pais estão conscientes dos objetivos a atingir em cada fase e os podem atingir ficam felizes e satisfeitos.

Aos pais é exigido um processo antecipado de preparação da criança, de otimização do seu crescimento e desenvolvimento e uma constante redefinição no contexto social. Isto exige o desenvolvimento de processos cognitivos, comportamentais e interpessoais que têm de ser compreendidos e apoiados (Meleis, 2007).

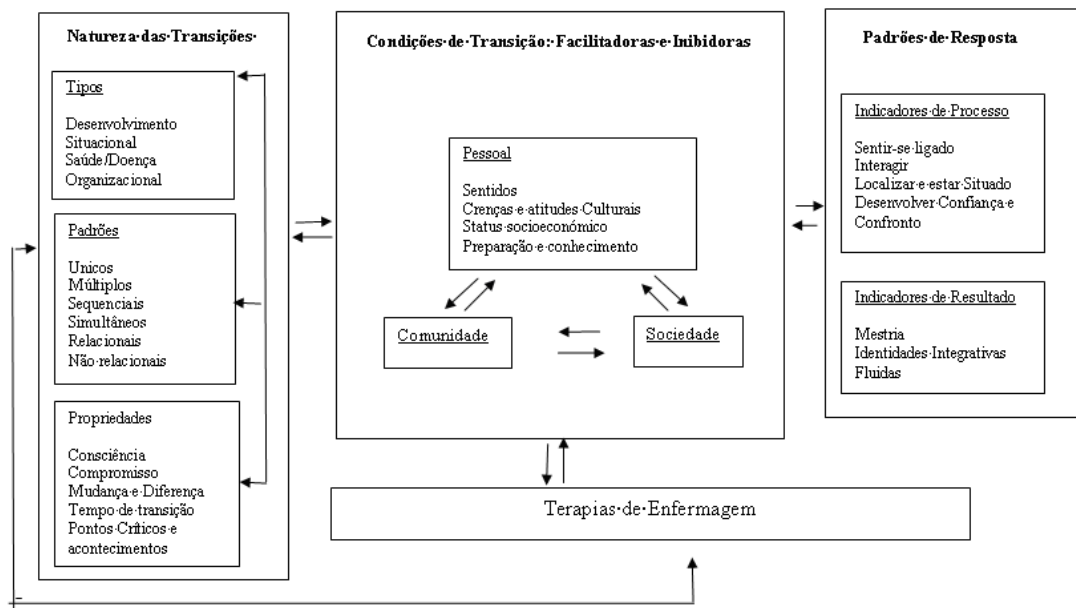
Kaiser, Kaiser e Barry (2009) descrevem um modelo conceptual dos efeitos na saúde de transição de vida para as mulheres e crianças em que as intervenções da enfermagem são essencialmente dirigidas para os indicadores cognitivos e comportamentais de saúde da transição. Nos cognitivos define-se a perceção da situação, a eficácia pessoal e a consciência da mudança. Nos comportamentais define-se a ligação, a procura de apoio, os comportamentos de saúde e o uso de serviços. A procura de apoio pode indicar consciência da mudança, pois é de iniciativa própria e pressupõe uma autoavaliação da situação.

O desenvolvimento de confiança é um indicador de adaptação e um resultado desejável de uma transição. Este é manifestado pelo nível de compreensão dos diferentes processos e pontos críticos da transição e, juntamente com o sentir-se ligado a família e aos profissionais, são indicadores de processo das transições saudáveis que orientam as pessoas e permitem uma avaliação antecipada e uma intervenção pelos enfermeiros (Meleis et al., 2000). Estes indicadores integram uma estrutura desenvolvida por estes autores, onde as intervenções de enfermagem estão inseridas nas condições facilitadoras, mas dão resposta a todos os componentes da natureza e das condições das transições e têm como objetivo os padrões de resposta, promovendo respostas saudáveis à transição (Figura 1.1).

Para além dos indicadores de processo, nos padrões de resposta também são considerados os indicadores de resultado, como a mestria em competências para gerir novas situações e a identidade fluida e integrativa das competências e da interação com a criança.

O processo de interação e de desenvolvimento, que ocorre ao longo do tempo em que a mãe vai adquirindo competência para o desempenho do seu papel, foi o que Mercer (2004) chamou inicialmente realização do papel parental e, posteriormente, mudou o nome para tornar-se mãe que exprimia uma transformação inicial e um contínuo crescimento da identidade materna. A mãe envolve-se continuamente com as mudanças do desenvolvimento da criança e com realidades de vida que levam a interrupções no sentimento de competência e de autoconfiança.

Figura 1.1: Transições: Uma teoria de Médio-Alcance



Fonte: Adaptado, com autorização, de Meleis et al. (2000:17)

A parentalidade é uma transição de desenvolvimento baseada nos diversos estádios do ciclo da vida, única e sequencial como considerou Canaval et al. (2009), mas pode, simultaneamente, envolver situações de eventos inesperados que requerem adaptação e mudanças nos papéis.

O seu principal indicador de resultado é o desenvolvimento da criança que exige uma medição a médio e a longo prazo.

### 1.1.3. PROPRIEDADES DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA

No presente contexto, o exercício da parentalidade positiva refere-se às atividades, realizadas pelos pais, que têm como objetivo específico a promoção do bem-estar e o interesse da criança. Isto implica consciência do processo e sentido de compromisso e responsabilidades, tendo como pré requisitos o conhecimento e compreensão das principais atividades da parentalidade e do desenvolvimento da criança, a motivação dos pais, as oportunidades e os recursos disponíveis (Hoghughi, 2004).

Esta consciência e o nível de compromisso, conjuntamente e em inter-relação com a mudança e diferença, o tempo de transição e os pontos e acontecimentos críticos são propriedades de uma transição, conforme a estrutura apresentada anteriormente (Fig.1.1).

De acordo com Meleis et al. (2000), na mudança poderão incluir-se diversas dimensões como a natureza, a temporalidade, a percepção da importância e as normas e expectativas pessoais, familiares e sociais.

Consequentemente, na parentalidade positiva numa perspectiva de processo de transição, consideraram-se como propriedades a consciência e o compromisso com o processo, a temporalidade e as responsabilidades dos pais. Estas identificam a natureza e as atividades a realizar.

### **1.1.3.1. Consciência e compromisso com o processo**

Numa transição, a pessoa necessita ter alguma consciência das mudanças que estão a acontecer e um nível de compromisso com o processo (Meleis et al., 2000). Para estes autores, a consciência está relacionada com a percepção e conhecimento do processo e o compromisso com o grau de envolvimento no processo inerente à transição. Dão como exemplos a procura de informação e o uso de referenciais.

De acordo com Bandura (2001), as pessoas são agentes das suas próprias experiências e a agência humana é caracterizada por uma série de características que se desenvolvem através da consciência e do compromisso com o fenómeno. A consciência na função assume um papel importante na regulação cognitiva da ação e envolve intencional acesso e processamento deliberado da informação para selecionar, construir, regular e avaliar o desenvolvimento da ação.

Nesta atividade metacognitiva, as pessoas julgam a correção do que planeiam e do que realizam pensando nos resultados das suas ações, nos efeitos produzidos, nas ações das outras pessoas, no que os outros acreditam, no conhecimento existente e no que é necessário fazer para isso. Se elas não acreditarem que podem alcançar determinados resultados e evitar outros prejudiciais pelas suas ações, elas têm pouco incentivo para atuarem face às dificuldades.

A autoeficácia percebida ocupa um papel pivô na estrutura causal da teoria cognitiva social deste autor, porque as crenças de eficácia afetam a adaptação e a mudança. A probabilidade de as pessoas investirem nos resultados que esperam atingir com o seu desempenho depende das suas crenças acerca da sua capacidade para o produzir. Um forte sentido de eficácia reduz vulnerabilidades para o stress e depressão em situações adversas e fortalece a resiliência para a adversidade.

É, em parte, na base de julgamentos de capacidades que as pessoas escolhem o que fazer e como investir nas atividades, e como fazer face aos obstáculos e problemas. Este julgamento é a definição dada por Bandura (1989) à autoeficácia percebida, que descreve como sendo central para o desempenho das pessoas.

Para o mesmo autor, a autoeficácia pessoal desenvolve-se como um resultado da sua história, dos sucessos e das falhas, da persuasão dos outros e do seu estado psicológico quando adota um comportamento. A sua percepção afeta diretamente o comportamento das pessoas e tem impacto nos objetivos, nas aspirações, nas expectativas do resultado e nas percepções de impedimentos e oportunidades. As pessoas procuram o apoio dos outros em áreas que elas não conseguem controlar e em áreas que acreditam que os outros fazem melhor. Exercem, assim, um controlo que requer mestria de conhecimentos e competências, um contínuo investimento de tempo, esforço e recursos de auto renovação e uma interdependência social.

A medição da percepção parental de autoeficácia é usada para rastreio de dificuldades parentais, para definir intervenções e avaliar resultados de programas de apoio na parentalidade.

### **1.1.3.2. Tempo da transição**

De acordo com Meleis et al. (2000), um processo de transição é concluído com a vivência de uma nova sensação de estabilidade e pode ser difícil ou impossível delimitar no tempo.

Devido à enorme flexibilidade do sistema nervoso humano e às crianças dependerem inteiramente dos seus cuidadores, a parentalidade tem o seu maior nível de intensidade nos primeiros anos de vida (Kretchmar-Hendricks, 2005). Para o mesmo autor, este período oferece oportunidades únicas para a aprendizagem e desenvolvimento, estabelecendo a base do desenvolvimento futuro. Os primeiros três anos de vida são fundamentais para a criança, pelo que se considera um período de transição importante na vida do ser humano em que as aquisições sequenciais no seu desenvolvimento têm de ser acompanhadas e estimuladas. Esta transição é também para os pais na redefinição do seu papel parental, pois têm responsabilidade e oportunidade para ajudar a criança a atingir o seu potencial de desenvolvimento e os enfermeiros devem colaborar no processo de aquisição de competências para cada fase do desenvolvimento da criança.

Neste processo que começa com a concepção e continua pelos primeiros anos de vida da criança há muitas mudanças a nível individual e do casal, novas experiências, novos papéis e exigências que podem levar a manifestações de depressão e baixa auto estima dos pais (Glade, Bean & Vira, 2005).

### **1.1.3.3. Responsabilidades dos pais no exercício**

Os pais promovem o bem-estar dos seus filhos nos vários contextos ao longo da vida, sendo fundamental que tenham consciência da importância do seu papel para otimizar o desenvolvimento da criança. Este papel envolve um conjunto de responsabilidades que são contínuas e exigem mudanças constantes na resposta aos contextos ambientais e a muitas necessidades especiais da criança (Holditch-Davis & Miles, 2005).

Na Recomendação Rec(2006)19 do Comité dos Ministros dos Estados Membros do Conselho da Europa (Council of Europe, 2006) são enunciadas as responsabilidades que os pais têm em providenciar cuidados básicos à criança, garantir segurança e responder às necessidades emocionais, de estimulação, de orientações e estabelecimento de limites num ambiente familiar estável para permitir que a criança mantenha uma ligação segura com os seus cuidadores.

Estas responsabilidades pressupõem atividades quotidianas que previnam comportamentos de risco e fomentem comportamentos desejados; pressupõem, ainda, que os pais sirvam de modelo com o seu próprio comportamento, dando um exemplo coerente e positivo (National Institute of Child Health and Human Development, 2006). As atividades devem ser apropriadas à idade da criança e à cultura dos pais e integrarem uma vertente de prevenção de adversidades para a criança e uma vertente de promoção dos aspetos positivos para a desenvolver (Hoghugh, 2004).

Apesar de ser necessário considerar as diferenças dos pais, há um conjunto de atividades essenciais que o CDC (2008b) menciona como competências da parentalidade positiva: a resposta às necessidades físicas, saúde e segurança da criança e a otimização do seu desenvolvimento com uma comunicação e disciplina positivas.

Para o desenvolvimento destas competências, há autores que advogam um desempenho parental baseado na resposta às solicitações e necessidades da criança e outros na adoção de rotinas estruturadas para cuidar com tempos estabelecidos para a alimentação, para a criança dormir e para outras rotinas, encorajando os pais a deixarem

as crianças chorarem. As duas emergem de estudos de desenvolvimento da criança e especificam duas funções do papel parental: regulação externa para a homeostasia fisiológica da criança e um suporte para a auto aprendizagem da criança (St James-Roberts, 2007). O mesmo autor considera que a melhor forma de cuidar é a adoção das duas abordagens adaptadas ao desenvolvimento da criança. As necessidades e competências da criança mudam nos primeiros três meses de idade e há algumas formas de parentalidade que são mais efetivas no apoio à criança, sendo necessária a adoção de formas diferentes consoante as etapas do seu desenvolvimento.

### ***Resposta às necessidades físicas, saúde e segurança***

O desenvolvimento físico da criança começa antes do nascimento e é influenciado por uma gravidez saudável e pela satisfação das suas necessidades de segurança, de alimentação adequada, repouso, higiene, vestuário, cuidados saúde e imunizações apropriadas (American Academy of Pediatrics, 2005; CDC, 2008; Hagan, Shaw & Ducan, 2008; Health Canada, 2010).

A dependência da criança do seu cuidador exige deste uma adaptação a diversas atividades. Nestas incluem-se pegar-lhe, transportá-la, mudar-lhe a fralda, dar-lhe banho, vesti-la e outras que são fundamentais e que têm grande impacto no crescimento da criança e constituem maiores desafios aos pais. Nestas atividades integram-se a alimentação, o sono, a saúde e a segurança.

### ***Alimentação***

O leite materno é essencial para uma adequada nutrição e o ideal para a criança. Não provoca alergias, tem nutrientes essenciais e anticorpos que aumentam a imunidade da criança e fortalece a relação mãe-filho. Mas a amamentação poderá trazer algumas complexidades para os pais para os quais eles necessitam de apoio. Os pais normalmente encaram a alimentação como a sua maior responsabilidade e receiam que a criança não se esteja a alimentar convenientemente (Brazelton, 2009).

Embora a decisão em amamentar deva ser tomada pelos pais, ela deve ser promovida. Os pais muitas vezes têm conhecimento dos benefícios da amamentação, mas baixa confiança nas suas habilidades para amamentarem com sucesso a criança (Hagan et al., 2008).

Os mesmos autores também evidenciam a importância de dar o biberão de forma correta às crianças que não são amamentadas e a promoção de ambientes de alimentação e de alimentos saudáveis.

A escolha destes alimentos saudáveis e a sua preparação são responsabilidades que apresentam algumas complexidades para os pais quando são introduzidos os alimentos sólidos. Estes alimentos dados à colher marcam uma transição para a criança com algumas complexidades que podem começar com a intolerância e mais tarde com a criança a querer comer sozinha, com as mãos ou a recusar os alimentos e a não ter regras à mesa (Brazelton, 2009).

### *Segurança*

A segurança é uma necessidade fundamental para as crianças e uma grande exigência para os pais. A exposição a perigos como acidentes de trânsito, quedas, queimaduras, envenenamentos, asfixia e fumo podem ser prevenidos, dando aos pais os conhecimentos e estratégias para sua prevenção (Hagan et al., 2008). O mesmo autor também considera a prevenção da malnutrição, a supervisão e a ausência de negligência essenciais para a segurança da criança.

Um ambiente caloroso e de amor para as crianças se sentirem seguras, competentes e protegidas deve ser proporcionado continuamente e em qualquer idade (American Academy of Pediatrics, 2005), mas a promoção de outras medidas de segurança tem exigências interligadas com as capacidades motoras e o desenvolvimento da criança.

Para a segurança do recém-nascido, o CDC (2008b) considera necessário a proteção dos músculos do pescoço que são débeis e não têm capacidade para suportar a cabeça; a posição de decúbito dorsal durante o sono para prevenir a síndrome de morte súbita; a colocação do banco de segurança virado para trás quando o recém-nascido viaja no carro; triturar os alimentos; não permitir que alguma coisa tape a face do recém-nascido; vigiar a temperatura dos alimentos e manter as vacinas em dia para o proteger das doenças.

A mobilidade adquirida pela criança depois dos 6 meses e a necessidade de satisfazer o seu desenvolvimento cognitivo pela curiosidade exigem medidas de segurança em casa (Brazelton, 2009). Os pais devem ter conhecimentos dos potenciais perigos em suas casas e como poderão criar um ambiente de segurança para os filhos explorarem (Hagan et al., 2008). Para um ambiente seguro em casa a American Academy of Pediatrics (2005) também acrescenta a necessidade do chão limpo e de equipamento e brinquedos seguros.

A partir do ano de idade, as crianças estão mais vulneráveis porque as capacidades físicas excedem as capacidades de compreensão das consequências das suas ações. Aos dois anos quase todas as crianças gostam de jogar à bola e de brincar na estrada exigindo uma grande supervisão dos pais e estabelecimento de regras de segurança. Nesta idade os pais devem ensinar aos filhos quais as pessoas de segurança a quem devem recorrer nas situações de afastamento dos pais (Hagan et al., 2008).

### *Sono*

O facto de a criança ter um padrão de sono diferente dos adultos é um problema para os pais. A compreensão e conhecimento dos padrões do sono para a idade da criança e algumas linhas de atuação dos pais podem ajudar a criança a adquirir o seu padrão de sono (Brazelton, 2009).

St James-Roberts (2007) refere que os problemas do sono devem ser diferenciados do choro da criança. As crises de choro decorrem nos primeiros três meses e os problemas de sono depois dos três meses. Antes dos três meses, os pais já esperam que a criança acorde para se alimentar. Nas primeiras semanas de vida deve ser adotada uma abordagem de resposta às solicitações da criança para minimizar o choro e depois das seis semanas uma abordagem mais estruturada para ajudar a criança a estabelecer o padrão de sono.

Aos 4 meses o sistema nervoso central já amadureceu e até aos sete meses é importante estabelecer rotinas que ajudem a criança a adormecer e a dormir períodos de oito a doze horas (Brazelton, 2009; CDC, 2008b).

### *Saúde*

Bons cuidados pré-natais, uma dieta saudável, ambientes sem produtos tóxicos, identificação precoce de problemas de desenvolvimento, consultas regulares e apropriadas imunizações para a proteção das doenças são importantes para a saúde da criança (American Academy of Pediatrics, 2005; CDC, 2008b).

Em Portugal existe o Programa Nacional de Vacinação que é universal e gratuito. Segundo o esquema de vacinas deste programa, aos 6 meses de idade completa-se a primeira vacinação para sete das onze doenças abrangidas pelo programa, e aos quinze meses a primeira vacinação para todas as doenças, havendo posteriormente vacinas de reforço ou doses adicionais (Direção Geral de Saúde, 2005b).

A mesma entidade também publicou em 2002 e atualizou em 2005 um programa-tipo de atuação em saúde infantil e juvenil, que considera a manutenção e a promoção da

saúde de todas as crianças imperativos para os profissionais e para os serviços de saúde (Direção Geral de Saúde, 2005a). Neste programa são mencionadas as idades-chave para a calendarização das consultas, correspondendo a acontecimentos importantes na vida da criança, como as etapas do desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade. Estas consultas estão, ainda, harmonizadas com o esquema cronológico de vacinação, para a redução das deslocações ao Centro de Saúde. No primeiro ano de vida as consultas são programadas para a 1.<sup>a</sup> semana de vida, um, dois, quatro, seis e nove meses. A partir do ano e até aos três anos as consultas são aos doze, quinze e dezoito meses e aos dois e três anos.

Nestas consultas é avaliado o crescimento e desenvolvimento da criança e estimulada a opção por comportamentos saudáveis. São valorizados os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença (Direção-Geral de Saúde, 2005a).

### ***Desenvolvimento e estimulação***

As fundações da arquitetura do cérebro são estabelecidas precocemente através de interações dinâmicas e contínuas entre influências genéticas e condições ambientais. Estas condições ambientais requerem, não só variação de imagens para a visão e de sons para o desenvolvimento da linguagem, mas também apoio emocional e familiaridade do cuidador (Fox, Levitt & Nelson, 2010).

Durante os primeiros três anos de vida o cérebro humano tem um grande potencial para a aprendizagem, pois o cérebro cresce e desenvolve-se significativamente. Para o desenvolvimento de todo o potencial a criança necessita da ajuda dos pais que têm, nesta idade, uma oportunidade para a ajudar a desenvolver-se apropriadamente e a orientá-la social, psicologicamente e cognitivamente através da sua vida (American Academy of Pediatrics, 2005).

A mesma Academia evidencia que o ambiente criado pelos pais influencia a maneira da criança lidar com as suas emoções, a maneira de interagir com as pessoas, a maneira de pensar e a maneira de crescer psicologicamente. O ambiente adequado centra-se no desenvolvimento, interesse e personalidade da criança e dá oportunidades de aprendizagem, respondendo às necessidades da criança com afeto e amor e com algumas atividades desenvolvidas em interação. Nestas atividades incluem-se brincadeiras agradáveis, reforços positivos e consistentes, conversação atraente, bons livros para ler e ouvir, música para estimular atividades intelectuais e liberdade para explorar e aprender

com o que o rodeia. Esta interação entre os pais e a criança constrói e fortalece a arquitetura do cérebro da criança e cria um relacionamento rico em novas experiências e habilidades para a mesma (National Scientific Council on the Developing Child, 2004).

Com uma estimulação apropriada o cérebro da criança fica preparado para começar o processo de aprendizagem da língua no nascimento. Quando os adultos falam para as crianças os sons que eles fazem ativam a área da linguagem do cérebro e fortalecem conexões neurais específicas. Com a repetição dos sons estas conexões fortalecem-se e é formado um mapa auditivo. Na idade inicial o que os pais dizem é irrelevante, mas, por volta dos nove meses, a criança reconhece e responde a algumas palavras e aos onze começa a associar as palavras aos objetos (Health Canada, 2010).

O primeiro ano é um período de grande crescimento físico, motor, cognitivo e sócio emocional e é um período propício à estimulação do potencial da criança (Hagan et al., 2008). Para isso a American Academy of Pediatrics (2005) considera que a criança necessita de sentir-se especial, amada e valorizada; sentir-se segura e confiante no seu ambiente; de orientação; de equilíbrio entre liberdade e limites e de estar exposta a ambientes com linguagem, brincadeiras, exploração, livros, música, e brinquedos apropriados ao seu desenvolvimento. Estes autores sugerem atividades comuns ao primeiro ano e atividades específicas para cada mês de idade da criança ao longo do primeiro ano.

As atividades de desenvolvimento e estimulação da criança sugeridas, pelos dois últimos autores, para os pais realizarem durante o primeiro ano são as seguintes:

- Elogiar o bebê e dar-lhe muita atenção, amor e abraçá-lo, pois ajuda-o a sentir-se seguro.
- Ser sensível ao ritmo e humor do bebê, aprender a ler as suas manifestações e a responder à sua tristeza e à sua felicidade.
- Evitar sujeitar o bebê a experiências de stresse ou traumáticas, tanto fisiológicas como psicológicas.
- Interagir com a criança tanto quanto possível: falar, ler, ouvir música, desenhar figuras e brincar juntos. Estas atividades permitem passar tempo focado nos interesses da criança e fazem a criança sentir-se especial e importante. Também possibilitam o desenvolvimento da linguagem que a criança usará para estabelecer relações saudáveis ao longo da vida.
- Falar para a criança face a face, pois a mímica dos sons desperta o seu interesse.

- Falar ou cantar para a criança durante o banho, o vestir, a alimentação, brincadeiras e os passeios. Usar frases vivas e simples e chamar a criança pelo nome.
- Responder aos sons da criança repetindo e adicionando palavras, porque esses exercícios ajudam a aprender a linguagem.
- Ler para a criança ajuda o seu desenvolvimento e compreensão da linguagem e dos sons.
- Pôr música a tocar e cantar para o bebê ajuda-o a desenvolver o amor pela música e pela matemática.
- Proporcionar brinquedos apropriados para a sua idade e que sejam seguros.
- Assegurar que outra pessoa que presta cuidados à criança compreenda a importância e desenvolva um relacionamento afetuoso e amoroso com a criança e preste cuidados de acordo com as necessidades da criança.

As atividades específicas para a idade têm em consideração as mudanças intelectuais da criança nos diversos meses ao longo do primeiro ano e os mesmos autores (American Academy of Pediatrics, 2005; Hagan et al., 2008) descrevem as seguintes:

#### *1.º Mês*

- Falar com o bebê, pois ele tranquiliza-se em ouvir a voz dos pais.
- Brincar com o bebê quando ele está desperto e relaxado.
- Responder aos gestos e aos sons que ele faz.

#### *1 – 3 Meses*

- Proporcionar-lhe objetos de diferentes formas, tamanhos e texturas com que ele possa brincar e mostrar figuras de livros e fotografias de família.
- Jogar a esconder e aparecer o rosto com a criança. O rosto dos pais é o objeto visual mais interessante nesta idade
- Colocar um espelho seguro para a criança no seu berço poder ver a sua própria face.
- Usar uma língua estrangeira
- Usar frases simples e chamar a criança pelo nome

#### *4-7 Meses*

Na idade de 4 a 7 meses as mudanças intelectuais da criança refletem-se no seu comportamento, tais como na demonstração de forte ligação aos cuidadores, de choro quando se aproxima de estranhos, ou quando quer um brinquedo ou quer mudar de

atividade. Ela mostra mais interesse no que a rodeia e comunica melhor as suas emoções e desejos. O seu desenvolvimento intelectual deve ser fortalecido, sem hiperestimulação, pelo que, os mesmos autores, aconselham as seguintes medidas:

- Proporcionar ambiente seguro para a criança começar a explorar livremente.
- Possibilitar a visualização das figuras dos livros que lhe são lidos diariamente.
- Desenvolver movimentos rítmicos com a criança, tal como dançar juntos com música.
- Apresentar a criança a outras crianças e pais.
- Encorajar a criança a alcançar os brinquedos. Dar-lhe blocos e brinquedos macios que possam estimular a sua coordenação olhos-mãos e as competências motoras finas.
- Encorajar a criança a dormir por grandes períodos à noite.
- Diariamente, brincar no chão com a criança.

#### *8-12 Meses*

Durante os 8 aos 12 meses a criança sente mais poder e controlo por ser capaz de se mover de um lado para o outro a gatinhar e a andar. Não tem conceito de perigo, mas necessita de sentir liberdade para as suas descobertas. Estas promovem o desenvolvimento da sua autoestima. Neste período o ambiente e as experiências a que é exposta são fundamentais para o seu desenvolvimento, pelo que são sugeridas as seguintes atividades:

- Passear e falar com a criança, usando uma conversa adulta.
- Jogar jogos que encorajem a estimular a memória e a sensação de competência.
- Proporcionar exploração dos espaços e brincar com ela no chão.
- Integrar a criança com outras crianças e pais
- Ensinar a dizer adeus e a abanar a cabeça para dizer que sim e que não.
- Respeitar o período de desconforto junto das pessoas que habitualmente não cuidam dela.

#### *12 - 24 Meses*

Entre 1 e 2 anos a criança adquire maior mobilidade e mais conhecimento de si própria e do seu ambiente. O seu desejo é explorar novos objetos e pessoas. Mostra independência, começa a mostrar comportamentos desafiantes, reconhece-se na fotografia e no espelho e imita o comportamento das outras pessoas. É capaz de reconhecer nomes

de pessoas de família e objetos, constrói frases simples e segue instruções simples (CDC, 2008b).

Para uma parentalidade positiva este autor sugere atividades de desenvolvimento e estimulação da criança:

- Ler para a criança diariamente.
- Questioná-la sobre o nome dos objetos ou de partes do corpo.
- Jogar com ela
- Encorajá-la a explorar e fazer coisas novas
- Ajudá-la a desenvolver a linguagem falando com ela.
- Passear com ela e encorajá-la a ser curiosa e a descobrir objetos.

#### *24 – 36 Meses*

As crianças dos 2 aos 3 anos tornam-se mais independentes e experienciam grandes mudanças intelectuais, sociais e emocionais, explorando palavras novas e o seu significado, sendo sugeridas as seguintes atividades (CDC, 2008b):

- Passar tempo a ler livros para a criança.
- Jogar jogos adequados à idade e encorajá-la a integrar-se no jogo.
- Encorajá-la a dizer o seu nome e idade.
- Ajudá-la a explorar o ambiente, levando-a a passear.
- Ensinar-lhe pequenas canções.

#### ***Comunicação positiva***

A forma da criança comunicar varia com a idade e exige sensibilidade dos pais para responderem às suas necessidades.

Nos primeiros meses, a comunicação e o relacionamento da criança com os pais é construído principalmente em torno das funções corporais (alimentação, sono, higiene) e do seu comportamento no choro, na forma de sucção, nos movimentos do corpo, no sorriso do primeiro mês e nas novas aquisições motoras. Identificando e respondendo com afeto às suas manifestações, desenvolve-se um relacionamento em que a criança ganha confiança na proteção e respeito dos pais. (American Academy of Pediatrics, 2005; Brazelton, 2009; Brazelton & Sparrow, 2009; Health Canadá, 2010).

Para os mesmos autores, neste relacionamento a atenção e o interesse da criança devem ser estimulados com um tom de voz especial, uma expressão facial e comportamentos adequados. Na mudança da fralda e na hora do banho deve falar-se com

a criança, dar-lhe beijos na barriga e brincar com ela. As pausas que a criança faz a mamar devem ser contempladas com um sorriso ou com um gesto de ternura.

Deve haver uma aprendizagem para identificar e responder aos diversos choros da criança que das seis às oito semanas já começa a sorrir e a vocalizar. É um meio que a criança tem de captar os pais que, se responderem com ternura, estão a reforçar os aspetos positivos do sorriso.

No quinto mês o relacionamento das crianças com os pais tem a componente do desenvolvimento da capacidade de manipular, começando a fazer jogos com as suas novas aquisições.

Entre os sete e os oito meses, a criança usa sílabas com uma consoante e uma vogal e aos nove meses os pais têm de decidir quando é preciso dizer não e aprender como e quando disciplinar.

De acordo com Nemours Foundation (2004), a criança com um ano já revela um entendimento daquilo que ouve, utiliza linguagem gestual para comunicar e começa a dizer algumas palavras que os pais devem corrigir com palavras corretas. A disciplina e a comunicação são uma prioridade no segundo ano de vida. A mesma organização alerta para a necessidade dos pais gastarem tempo a explicar à criança o que esperam dela, tornando as expectativas claras e partilhando as resoluções de problemas. Se as crianças participarem nas decisões estão mais motivadas para as assumir.

Durante o segundo e o terceiro ano de idade, a criança necessita conviver com as outras crianças e desenvolver a linguagem com os adultos (Brazelton, 2009)

As crianças, em todas as fases de desenvolvimento, beneficiam com o afeto e envolvimento dos pais e com a resposta às suas necessidades. Embora o tempo gasto em contacto direto e interação com os filhos diminua à medida que as crianças crescem, o envolvimento dos pais, orientação, apoio e acompanhamento continuam a ser importantes formas de comunicar (Kretchmar-Hendricks, 2005).

Para Pecnik (2008), a nova sociologia da infância tem ajudado a aperfeiçoar o modelo de mutualidade que assenta na igualdade entre a criança e os adultos. As crianças deixam de ser um objeto de educação dos adultos para serem sujeitos que, precocemente, tomam parte ativa na sua própria educação. Esta participação exige adaptações mútuas no relacionamento com os pais, irmãos, avós, amigos e outras pessoas significantes no relacionamento dos pais.

O CDC (2009) refere que os pais com competências de interação positiva podem ajudar a criança a desenvolver a sua autoestima, prestando atenção e demonstrando

aprovação para o que eles estão fazendo. Para a qualidade desta interação em crianças dos zero aos três anos, Pecnik (2008) propõe algumas trocas afetivas:

- Expressões emocionais claramente direcionadas à criança e adaptadas ao seu comportamento, por exemplo, satisfação, insatisfação, dúvidas ou questões, gestos faciais e motores e comportamento verbal.
- Sentir clara e expressa alegria nas respostas dirigidas à criança
- Calor afetivo – demonstrar atitude positiva para a criança através de carícias, abraços, beijos e do tom de voz, escolhendo palavras que indiquem ternura.
- Atitudes afetivas protetoras tais como consolação em resposta às lágrimas, proteção em vez de estímulos de indução de ansiedade e controlo de receios, enquanto se evitam atitudes punitivas violentas e reações que implicam rejeição.

### ***Disciplina Positiva***

É necessário realçar a distinção entre a disciplina e a punição que são muitas vezes confundidas pelos pais (Kretchmar-Hendricks, 2005). Este autor refere que a disciplina deriva da palavra latina “*disciplina*” e significa instrução, formação ou conhecimento. Inclui técnicas parentais para ensinar comportamentos desejáveis, enquanto a punição envolve uma ação para eliminar comportamentos indesejáveis.

Com o reforço dos direitos humanos e a Convenção dos Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990 (UNICEF, s.d.), a punição física, muitas vezes usada para alterar o comportamento da criança, é considerada um atentado à dignidade e integridade física da criança. Esta punição tem muitas formas como bater, empurrar, beliscar, puxar os cabelos ou obrigar a criança a permanecer numa posição desconfortável ou forçar a ingestão em crianças pequenas. Este uso de punição para disciplinar a criança é uma violação dos direitos humanos básicos e deve ser prevenida (Janson, 2008).

A disciplina tem como objetivo de longo prazo a promoção do autocontrolo, para que a criança seja capaz de estabelecer os seus próprios limites. As crianças precisam de limites para se sentirem seguras (Brazelton & Sparrow 2008).

Para estes autores, os fundamentos desta disciplina iniciam-se nos primeiros seis meses, quando o bebé se conforta sozinho com o seu choro, embora algumas vezes seja necessário pegar-lhe ao colo e confortá-lo, e quando aprende a utilizar os seus próprios recursos ao ser deixado momentaneamente sozinho.

Por volta dos 3 ou 4 meses, o incentivo aos recursos do bebé para adormecer, para alargar o espaço entre as refeições, para sossegar quando se sente frustrado, para se entreter quando está aborrecido são padrões de comportamento que constituem os alicerces da disciplina e da capacidade da criança aceitar. O bebé está a utilizar os seus próprios recursos para se adaptar ao mundo.

Antes do final do sétimo mês a melhor maneira para resolver os conflitos quando a criança quer alguma coisa impossível é distraí-la com um brinquedo ou uma atividade. A explicação das regras é ineficaz até ao fim do sétimo mês, idade em que a sua memória começa a aumentar (American Academy of Pediatrics, 2005).

Para Brazelton (2009), a disciplina com limites deve ser iniciada quando a criança mexe em alguma coisa e olha em volta para verificar se estão a ver. Por volta dos 7 ou 8 meses deve ensinar-se a segurança, pois, com o apontar, vai pedir coisas que nem sempre se podem dar. A criança tem medo de estranhos e deve ser permitido adaptar-se a estranhos no seu próprio ritmo.

Dos 9 aos 12 meses as crianças procuram no rosto dos pais uma orientação e precisam que os pais digam não repetidamente. As regras devem ser claras, consistentes e adaptadas às capacidades e necessidades de cada criança, devendo ambos os pais estar de acordo. Elas devem ser explicadas à criança, avaliadas e revistas regularmente à medida que a criança cresce. Para a American Academy of Pediatrics (2005), a consistência ajuda as crianças a sentirem-se confiantes acerca do que esperar do ambiente.

De acordo com Brazelton (2009), dos 12 aos 14 meses a criança começa a andar e, a partir de determinada altura começam as birras. A criança tem de aprender a controlar-se sozinha. Os pais podem confortá-la dando-lhe um objeto preferido ou incentivando-o a ouvir uma música preferida. Os pais podem afastar-se se a criança estiver em segurança. Desta forma estão-lhe a dizer que ela consegue controlar-se sozinha. Se não estiver em segurança, pode ser pegada ao colo, imobilizada sem magoar, com calma, pode aproximar-se a cabeça da dela e sussurrar-lhe palavras meigas ou a canção preferida. A criança deve ser abraçada e pegada várias vezes ao colo para a birra não ser uma forma dela pedir contacto físico. Quando a criança se acalmar, devem explicar-se as coisas que ela pode fazer para se acalmar. A criança sente-se protegida e pronta para não fazer birras quando perceber que é ela que controla a situação. Neste caso, como em todos os tipos de ação disciplinar, o objetivo é a autodisciplina.

No segundo ano de vida a criança deve ser ensinada a controlar os impulsos. Deve ser-lhe explicado claramente que não pode mexer no que quer e ajudada a compreender o

motivo. Se for necessário, deve ser mudada de lugar e, sempre que possível, deve ser-lhe dada uma alternativa. É uma forma de ensinar a resolver problemas.

A correção e orientação da criança devem ser expressas de forma que a criança as receba bem e quando se confronta a criança deve evitar-se culpá-la, criticá-la ou encontrar falhas que prejudiquem a sua autoestima e possam levar ao ressentimento. Os pais devem demonstrar um amor incondicional aos filhos, até mesmo quando os disciplinam (Nemours Foundation, 2004). A criança deve ser acariciada e abraçada e deve procurar-se alguma coisa que se possa dizer sim (Brazelton & Sparrow, 2008). Os pais promovem comportamentos positivos nas crianças com o seu reforço, através de louvores ou de recompensa com emoções positivas (Murphy & Bornstein, 2004).

Por volta dos três anos, quando o negativismo da criança começa a desaparecer e ela se começa a tornar calma e cooperante, comendo o mesmo número de refeições dos adultos, devem ser estabelecidas as regras de boas maneiras à mesa, sem conflitos e sem obrigar a criança a comer (Brazelton, 2009).

Devem ser sobrevalorizados os pontos positivos da criança e as formas positivas de disciplina, pois aumentam a frequência de comportamentos desejados e o desenvolvimento cognitivo. A criança deve ser recompensada com elogios, atenção, amor, abraços e privilégios de acordo com a sua idade (Nemours Foundation, 2004; Wade, 2004).

Os pais serem um bom modelo para as crianças é outra forma de disciplina positiva, pois elas aprendem a agir pela observação dos pais (Nemours Foundation, 2004) e desenvolvem-se através do relacionamento com os adultos que lhes transmitem o seu poder, força e recursos, em vez de os imporem (Pecnik, 2008).

De acordo com Nemours Foundation (2004), um bom modelo deve ter as seguintes características:

- Mostrar respeito, honestidade, bondade e tolerância;
- Exibir comportamentos desinteressados, não esperar recompensas pelo que se faz às outras pessoas, expressar agradecimentos e elogios pelas ofertas;
- Tratar as crianças da mesma forma de que se espera que as outras pessoas as tratem. Devem, ainda, usar-se palavras e ações que demonstrem as suas crenças, valores e atitudes, pois os filhos aprendem mais com as ações dos pais do que com as palavras (National Institute of Child Health and Human Development, 2006).

O Centro de Estudos da Criança e Família da Universidade de Leiden, na Holanda, tem um programa para promoção da parentalidade positiva e estuda as

mudanças na interação pais-criança pelo uso da disciplina sensitiva. Incentivam-se a distração em vez de respostas coercivas às dificuldades de comportamento da criança, os reforços positivos (dirigem a criança para comportamentos positivos, ignorando os negativos), o uso de sensibilidade para o afastamento e a empatia para a criança, em particular na disciplina consistente e no estabelecimento dos limites (Juffer et al., 2008).

#### **1.1.3.4. Períodos de maior vulnerabilidade**

No exercício da parentalidade há desafios de maior complexidade e dificuldades que, conjuntamente com uma baixa compreensão do desenvolvimento normal da criança, podem originar stresse parental, como concluem Budd, Holdsworth e Hoganbruen (2006), num estudo sobre os antecedentes e concomitantes do stresse parental em mães adolescentes. Estas situações requerem intervenção na promoção da confiança parental e na capacitação para responder às adversidades e maximizar as oportunidades para o ganho com a experiência, como propõem Folkman e Moskowitz (2004) para um *coping* preventivo e proativo, antecipando a resolução de situações de stresse. O stresse pode resultar da experiência de implementar esforços para prevenir ou resolver adversidades e existe quando as pessoas confrontam situações que põem à prova ou excedem a sua habilidade para as gerir (Carver & Connor-Smith 2010).

São poucos os estudos que evidenciam as dificuldades no exercício da parentalidade sem as relacionar com pais ou crianças com problemas específicos como as situações de violência e de perturbações psíquicas. No entanto, a parentalidade, num decurso normal de transição, tem pontos críticos que requerem apoio.

Num estudo de Mendes (2009) sobre o ajustamento materno e paterno no pós-parto, os cuidados com o bebé, a fragilidade física da mãe e a inexperiência e insegurança a cuidar do bebé foram enunciados, pelos pais, como grandes dificuldades para as quais os cuidados de saúde não satisfazem as necessidades e expectativas.

Num estudo qualitativo exploratório de experiências e opiniões das mães de crianças com menos de seis anos de idade foram evidenciadas algumas dificuldades no comportamento e disciplina, no estabelecimento de limites, na comunicação com a criança, na compreensão e resposta à criança, na aprendizagem e conhecimento do seu desenvolvimento, na gestão de conflitos e na interpretação do choro e das emoções da criança (Bloomfield et al., 2005).

Para além das situações relacionadas com a personalidade e com o comportamento da criança, também a prestação de cuidados básicos (sono e alimentação) e os problemas de saúde da criança foram referidos como problemáticos num estudo realizado por Häggman-Laitila e Euramaa (2003), em famílias que tinham pelo menos uma criança de idade inferior a três anos.

Estas situações relacionadas com o desenvolvimento da criança indiciam a existência de períodos de maior complexidade para os pais. Estes podem ser inerentes ao desenvolvimento das crianças e podem causar stress nos pais. Os profissionais podem ajudar na antecipação e a responderem positivamente às dificuldades de cada período (Singer, 2007). Durante o primeiro ano, Brazelton (2009) aponta pontos de referência do desenvolvimento da criança a que os pais têm de aprender a responder e que correspondem aos períodos que se descrevem de seguida.

### *No primeiro mês*

A adaptação ao recém-nascido e a aprendizagem da identificação dos diferentes choros são fundamentais para os pais e, muitas vezes, fontes de dificuldade. Os pais têm de aprender a ajudar o bebé a acalmar-se e a recuperar o controlo e a conhecer o choro de fome. Há pelo menos seis tipos diferentes de choro: dor, fome, desconforto, fadiga, aborrecimento e descarga emocional (Brazelton, 2009).

De acordo com o mesmo autor, os pais esquecem a importância da comunicação neste período, porque, às três semanas de vida da criança, o sono e a alimentação da criança são a sua maior preocupação e constituem problemas para alguns pais. Isto verificou-se num estudo com pais de crianças de duas semanas a sete meses, em que o sono da criança foi relatado como problemático por 45% das mães e 59% dos pais e a alimentação por 11% das mães e 2% dos pais (Smart & Hiscock, 2007).

As dificuldades com a alimentação da criança, neste período, são essencialmente relacionadas com a amamentação (American Academy of Pediatrics, 2005). Brazelton (2009) enumera como complexidades mais comuns na amamentação a decisão de amamentar, a alimentação materna, a preparação do mamilo, o posicionamento do bebé na amamentação, a frequência das mamadas, o horário da amamentação e as preocupações sobre a capacidade do bebé para se alimentar e sobre o leite ser suficiente para o bebé.

Estes pontos críticos são oportunidades preferenciais para os profissionais intervirem para o sucesso da amamentação. Levy e Bértolo (2008) referem que a decisão

de amamentar deve ser apoiada durante a gravidez, o estabelecimento da lactação durante a permanência na maternidade e o apoio na amamentação depois da alta da maternidade, principalmente, nos primeiros quinze dias até que a lactação seja estabelecida.

As mesmas autoras acrescentam outras dificuldades associadas à amamentação como as mamas ingurgitadas nos primeiros dias, o bloqueio dos ductos, mastite, mamilos dolorosos ou com fissuras e mamilos planos e invertidos.

Outros cuidados à criança como o banho, colocar a criança a dormir, a mudança da fralda e da roupa podem trazer dificuldades aos pais pela primeira vez como identificado num estudo por Warren (2005) em relação à confiança das mães a realizar estes cuidados, nas primeiras seis semanas após o nascimento. As atividades realizadas pelas mães com baixa a moderada confiança foram o banho da criança (3,41% das mães), colocar a criança a dormir (29% das mães) e na mudança da fralda e da roupa (12% das mães). Relataram alta confiança nestes cuidados 44% das mães.

### ***No período de um aos três meses***

Neste período o choro é tradicionalmente atribuído a distúrbios gastrointestinais e a dores. Surgem as cólicas que têm início por volta das três semanas e podem ir até às doze semanas. A maior parte dos bebés desenvolvem um período de agitação para o final do dia que se pensava ser devido a cólicas, mas que poderá ser um processo de organização de um sistema nervoso imaturo (Brazelton, 2009). Este processo de desenvolvimento neurológico está na origem de crises de choro que, conjuntamente com as preocupações dos pais pela criança chorar, têm o seu pico às cinco semanas de idade (St James-Roberts, 2007).

O choro excessivo da criança pode irritar as mães e torná-las menos interativas e mais ansiosas (Long, 2004). Este autor refere que muitos pais interpretam a causa do choro como fome e alimentam a criança, o que muitas vezes provoca mais cólicas. Este facto foi confirmado num estudo com mães latinas residentes em Nova Iorque que revelou que 72% das mães acreditavam que o choro da criança indicava fome e que esta percepção estava associada a adoção de medidas que constituem fatores de risco de obesidade na infância como o pressionar a alimentação (Gross et al., 2010).

Neste período a criança torna-se mais comunicativa e gosta de brincar. Imita alguns movimentos e expressões faciais e começa a desenvolver um sorriso social (American Academy of Pediatrics, 2005). A identificação deste sorriso e a comunicação

da criança pela vocalização possibilitam que os pais se sintam mais confiantes a conhecer o sono e o temperamento da criança (Brazelton, 2009).

Embora o padrão de sono e de alimentação sejam mais previsíveis, o mesmo autor refere que alguns pais ainda receiam a insuficiência da alimentação.

### *Na idade entre os quatro e os sete meses*

Brazelton (2009) considera que neste período a família já está organizada e a fase de adaptação e compreensão do bebé já foi ultrapassada. A regularização do horário das refeições e os períodos de sono mais longos são fatores facilitadores para os pais. No entanto, ainda permanecem preocupações com o choro ou cólicas, com a alimentação e com o sono.

Surgem outras preocupações relacionadas com o próprio desenvolvimento da criança, com o regresso da mãe ao trabalho e com o nascimento dos dentes da criança. O grande surto de desenvolvimento e o interesse da criança pelo que a rodeia afetam as rotinas de alimentação, mudança de fralda e tomar banho que são oportunidades para otimizar o desenvolvimento da criança. O regresso ao trabalho traz problemas aos pais pela separação, pela amamentação e pela preocupação de ter quem cuide da criança. Os dentes começam a nascer durante estes meses e podem causar alguma irritabilidade, choro e febre baixa (American Academy of Pediatrics, 2005). Embora reconhecendo que isto provoca alguma dor e inicialmente possa interferir na alimentação, Brazelton (2009) considera que o choro nesta idade poderá não ser devido aos dentes, porque coincide com a chamada de atenção aos cinco meses.

Às dificuldades relacionadas com a alimentação nesta idade, acresce a introdução de alimentos sólidos. A escolha e preparação dos alimentos trazem problemas aos pais e para a criança a colher é uma situação nova e muitas vezes de difícil adaptação.

Na American Academy of Pediatrics (2005) há uma diferença de opinião entre os peritos sobre a idade da introdução de alimentos. A idade acordada é aos seis meses, mas o Comité de Nutrição da mesma Academia apoia a introdução de alimentos suplementares entre os quatro e os seis meses de idade, quando estão reunidas as condições de segurança e quando os alimentos estão disponíveis. Em Portugal, o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil orienta os pais para a introdução dos alimentos entre os quatro e os seis meses (Ministério da Saúde, 2007).

### ***Na idade entre os oito meses e os doze meses***

Neste período as dificuldades diminuem e muitos pais consideram que é fácil cuidar da criança nesta idade. Num estudo com mães pela primeira vez, finlandesas, 40% das mães avaliaram a sua criança de 8 meses como muito fácil de cuidar. As 17% que referiram dificuldade em cuidar referiram-se a cuidar da criança doente e em responder à criança chorosa (Tarkka, Paunonen & Laippala, 2000).

No entanto, Brazelton (2009) evidencia que o grande desenvolvimento motor da criança e a necessidade de satisfazer o seu desenvolvimento cognitivo pela sua curiosidade, associadas a regressão do sono e da alimentação, exigem medidas de segurança em casa, a aprendizagem dos limites, e mudanças de rotinas familiares que levam os pais a necessitarem de apoio.

### ***Na idade entre um ano e dois anos***

Com um ano a criança começa a andar e torna-se mais independente. A procura de independência poderá estar associada a surtos de irritabilidade, teimosia e birras que marcam um período de intenso desenvolvimento para a criança e um desafio para os pais que devem compreender que este quadro é próprio do desenvolvimento e que a criança necessita de mimos e de disciplina (Brazelton, 2009).

Para este autor, é esta necessidade de andar e de estar de pé e o negativismo que perturbam o período do sono diário que já tinha adquirido. O nascimento dos dentes molares e o querer comer com as mãos também podem dificultar a alimentação.

Num estudo com 114 mães japonesas, com crianças entre um e três anos de idade, as dificuldades na parentalidade foram na alimentação (34,2%), nas birras (32,8%), na educação (21,9%), na desobediência aos pais (18,4%), nos hábitos de sucção do polegar da criança (15,8%), no treino sanitário (14,9%), na falta de raciocínio (15,8%), no ritmo de atividade da criança (13,2%), na criança inquieta (9,6%), no ver televisão e vídeo (9,6%), no conflito com os irmãos (7%), nos comportamentos de morder, bater e dar pontapés (6,1%) e no sono (5,3), entre outras com menor expressão (Hayama & Adachi, 2007). Estes comportamentos de choro, gritos, pontapés e rebolar no chão podem durar cerca de 20 segundos ou prolongarem-se por horas; fazem parte das birras que têm a maior manifestação aos quinze meses e são muito embaraçosas para os pais, principalmente quando acontecem em público (Brazelton, 2009).

As birras são uma importante oportunidade para os pais ajudarem a criança a gerir a sua frustração e raiva. Os pais podem perder o autocontrolo quando se sentem

impotentes para controlar a criança, podendo desencadear sentimentos que levam a ações de violência (Brazelton & Sparrow, 2009). As birras, geralmente, começam por volta dos 12 meses de idade e são menos comuns entre os 3 e os 4 anos, assim que as crianças começam a aprender outras maneiras de resolver os problemas (Sanders, s.d.).

Com o aparecimento da independência, a criança começa a desenvolver receios e gritar por medo na banheira ou quando lhe lavam a cabeça e a ter curiosidade de subir e descer escadas, originando problemas de segurança (Brazelton, 2009). A necessidade de manter o filho seguro pode levar as mães a adotarem comportamentos preventivos como guardar a criança fechada em casa, como constata Hendrickon (2008) num estudo de 82 mães de crianças de 1 a 4 anos, com baixos recursos e que descreveram preocupações e dificuldades em relação à segurança da criança. As principais preocupações foram as quedas, a saúde da criança, o rapto e os atropelamentos.

Para Brazelton (2009), a convivência necessária da criança com outras da mesma idade pode induzir atos de agressividade como o morder devidos à hiperestimulação. Os pais devem estar atentos para explicar, calmamente, à criança para não fazer isto e para consolar as duas crianças.

### ***Na idade entre os dois anos e os três anos***

Aos dois anos a criança tenta imitar os pais, tem mais autoconfiança e competências motoras, fala, tem identificação sexual e lateralidade definida. Embora o negativismo permaneça, os pais sentem mais confiança em controlá-lo (Brazelton, 2009).

Pode ter períodos de sono leve, em que fala sozinha, e podem aparecer os terrores noturnos que assustam a criança e os pais. Ainda é uma fase em que a criança não tem boas maneiras à mesa, tem alterações bruscas de humor e pode perder o controlo. Choraminga quando se sente aborrecida e incapaz de se entreter, sendo esse choro desagradável para os pais (Brazelton & Sparrow, 2009).

Os pais também se começam a preocupar com o treino sanitário. Este deve ser decidido pela criança e começar quando ela já tiver revelado a sua apetência para todos os fatores já referidos (a fala, a imitação, a arrumação, o declínio do negativismo). Provavelmente acontecerá no terceiro ano de vida (Brazelton, 2009).

## **1.2. CONDIÇÕES FACILITADORAS E INIBIDORAS DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE**

As condições pessoais, da comunidade e da sociedade são referidas por vários autores como influenciando o exercício da parentalidade e como tópicos de preocupação e intervenção para a promoção de uma parentalidade positiva e para a prevenção do mau trato infantil (Juffer et al., 2008; Kretchmar-Hendricks, 2005; Meleis et al., 2000; Soussan, 2007; WHO & ISPCAN, 2006). Eles são considerados, por Meleis et al. (2000), facilitadores ou inibidores de transições saudáveis. O significado que as pessoas dão à transição, as crenças e atitudes para com ela e a preparação e o conhecimento sobre o que esperar e sobre as estratégias que são úteis para a gerir são fatores determinantes das condições pessoais. Os recursos de apoio são fatores determinantes nas condições comunitárias.

Estes fatores, conjuntamente com os referentes aos das características da criança, também foram considerados por Belsky (1984) como determinantes para as diferenças individuais na parentalidade. Serviram de base a um modelo de competência parental constituído por três domínios interdependentes: os recursos pessoais e psicológicos dos pais, as características da criança e as fontes contextuais de stresse e de apoio.

Tendo por base estes autores, conclui-se que há unanimidade na influência de alguns fatores que irão ser abordados neste capítulo: as características da criança, as características dos pais, a sua preparação e os seus conhecimentos e os recursos de apoio.

### **1.2.1. CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA**

As características da criança são apontadas para justificar as facilidades e as dificuldades no exercício da parentalidade como foi verificado num estudo com 83 pais em que o temperamento da criança foi um fator comum às justificações das facilidades e das dificuldades dos pais (Lopes, Dixe & Catarino, 2010). Para além do temperamento, também os fatores biológicos da criança são características que podem explicar diferenças na parentalidade.

#### ***Temperamento da criança***

O temperamento é definido por Brazelton (2009) como um conceito de estilo de sono da criança, da dificuldade em sossegá-lo, do seu grau de agitação e da maneira como

procura conforto. O temperamento evolui ao longo do tempo num ambiente de influência bidirecional entre as crianças e os pais (Chess & Thomas, 1986). No início da vida da criança, existe uma base biológica, num sistema mais reativo que, ao longo do primeiro ano, diminui e muda para um sistema menos reativo com autorregulação (Lemery, 2005).

O temperamento é normalmente avaliado através do relato das observações dos pais em várias dimensões do comportamento da criança. Na teoria dos temperamentos desenvolvida por Chess e Thomas (1986), baseada nas descrições do comportamento das crianças pelos pais, são identificadas nove dimensões do temperamento: o nível de atividade da criança, a distração, a intensidade da reação, a regularidade, a qualidade do humor, a persistência, o limiar sensorial, a adaptabilidade e aproximação/ afastamento. A partir destas dimensões foram formados três tipos de temperamento para definirem se as crianças eram fáceis, difíceis ou lentas.

As crianças fáceis ou boas crianças teriam elevada regularidade (no sono, alimentação e defecação), elevada adaptabilidade (adaptam-se a novas situações) e humor positivo e seriam moderadamente ativas ou temperamentais.

As crianças difíceis seriam caracterizadas por baixa regularidade nas funções corporais, baixa adaptabilidade, reações intensas e humor negativo.

As crianças lentas eram caracterizadas por baixo nível de atividade, por se afastarem de novas situações, por serem tímidas e lentas a adaptarem-se e por terem um humor negativo.

Kretchmar-Hendricks (2005) considera um fator facilitador da parentalidade a criança ter um temperamento fácil e um fator de dificuldade as mudanças de temperamento da criança. Num estudo de Tarkka et al. (2000), a atividade, o humor, a adaptabilidade, o nível de exigência e a aceitabilidade da criança foram fatores com correlação positiva com a adaptação dos pais aos cuidados da criança quando esta tinha oito meses. As situações relacionadas com a personalidade e com o comportamento da criança, também foram referenciados como caracterizando uma criança problemática, num estudo realizado por Häggman-Laitila e Euramaa (2003) com famílias que tinham pelo menos uma criança de idade inferior a três anos. As crianças que choravam muito e eram irrequietas eram problemáticas.

### ***Fatores biológicos***

Para além do temperamento da criança percebido como problemático, há outros fatores inerentes à criança que podem interferir no exercício da parentalidade, como a prematuridade, o peso de nascimento, o sexo da criança e o seu estado de saúde.

O sexo da criança nem sempre corresponde às expectativas familiares e poderá ter influência na satisfação dos pais. Num estudo com pais pela primeira vez realizado às 12 e 16 semanas seguintes ao nascimento da criança, Hudson, Elek e Fleck (2001) concluíram que os pais (masculino) de crianças do sexo masculino tinham níveis mais altos de satisfação do que os pais de crianças do sexo feminino, enquanto em relação às mães não houve diferença. Contudo, o sexo da criança não se correlacionou com a percepção que os pais e as mães tinham da sua autoeficácia na parentalidade após o nascimento, num estudo de Salonen, Kaunonen, Astedt-Kurki, Järvenpää, Isoaho e Tarkka (2009).

Neste estudo, a percepção de autoeficácia esteve relacionada com a percepção dos pais sobre a criança ter problemas de saúde ou ser saudável. A idade da criança e o peso não evidenciaram fortes correlações com a eficácia na parentalidade, mas, de acordo com a Direcção-Geral de Saúde (2008), o baixo peso ao nascer e a prematuridade tornam a criança mais frágil e a necessitar de mais cuidados.

#### **1.2.2. CARACTERÍSTICAS DOS PAIS**

São várias as condições biológicas e socioeconómicas que originam diferenças no exercício da parentalidade, facilitando ou dificultando o processo.

Há diferenças nas experiências de parentalidade entre os pais e as mães como concluíram Nystrom e Ohrling (2004) numa revisão de estudos sobre a parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança e Salonen et al. (2009), num estudo de autoeficácia na parentalidade entre pais após o nascimento. As mães apresentavam níveis de autoeficácia na parentalidade significativamente mais altos do que os pais.

Neste mesmo estudo, a autoeficácia não se correlacionou com a idade, o nível de escolaridade ou o estado civil dos pais. O mesmo aconteceu num estudo de autoeficácia na parentalidade com pais ingleses de várias etnias, em que a mediana da idade das crianças se situou nos dois anos (Bloomfield & Kendall, 2007). Também estas variáveis e o nível socioeconómico não tiveram relação estatística com a adaptação das mães a

cuidarem da criança de 8 meses, num estudo realizado com mães pela primeira vez, finlandesas (Tarkka et al., 2000).

Contrariamente, o nível de escolaridade dos pais apresentou correlação positiva com a qualidade parental no estudo já referido de Van Bakel e Riksen-Walraven (2002), e, conjuntamente com a idade e o estado civil das mães, evidenciaram maior risco de dificuldades na parentalidade. As mães de alto risco de dificuldades na parentalidade eram significativamente mais novas, com uma média de idades de 23,5 (DP=6,5), e apenas 29% eram casadas (Gray, Spurway & McClatchey, 2001). Maiores situações problemáticas também foram identificadas nas situações de filhos únicos e menores situações em mães com idades inferiores a 24 anos, num estudo com famílias de crianças com menos de três anos (Häggman-Laitila & Euramaa, 2003). Este estudo também evidenciou que as famílias urbanas tinham mais problemas no desempenho do papel parental do que as famílias rurais. Estas diferenças nas dificuldades no exercício da parentalidade consoante o ter só um filho, o ser pai ou mãe e o residir na cidade, vila ou aldeia não tiveram significado estatístico num estudo com pais de crianças até três anos de idade (Lopes, Dixe & Catarino, 2009).

A idade menor ou igual a 30 anos das mães e a multiparidade também foram preditivas de maior autoeficácia na parentalidade, percecionada pelas mães um mês após o parto (Bryanton, Gagnon, Hatem & Johnston, 2008).

Num estudo com 68 pais australianos (65 mães e 3 pais), Morawska, Winter e Sanders (2009) identificaram uma correlação positiva entre o nível de escolaridade e o nível de recursos com os conhecimentos de estratégias de parentalidade efetiva (promoção do desenvolvimento, princípios de parentalidade efetiva, uso de disciplina assertiva e causas de problemas de comportamento). Não houve correlação estatisticamente significativa com o número de filhos e a idade dos pais. Esta diferença no exercício da parentalidade consoante a criança era ou não filho único e o ser mãe ou pai também não se verificou num estudo com pais de crianças até 3 anos de idade, mas essa diferença verificou-se nas dificuldades em relação ao comportamento da criança (Lopes, Lopes, Catarino & Dixe, 2010). No entanto, perante situações de dificuldade, os pais de filhos únicos procuram mais apoio que os pais que têm mais filhos, com diferenças estatisticamente significativas num estudo com pais e mães de crianças até três anos (Lopes, Catarino et al., 2010). Também neste estudo que tinha como objetivo a identificação de estratégias de *coping* nas situações de stresse no exercício da

parentalidade, os pais empregados e os que vivem na vila e na aldeia adotam mais estratégias de procura de apoio, essencialmente dos profissionais de saúde.

Para além das características individuais dos pais, existem outros fatores que afetam a quantidade e a qualidade do tempo que os pais passam a interagir com os seus filhos. A UNICEF (2010) considera o tempo dos pais uma dimensão importante para o bem-estar e para o desenvolvimento da criança e para o qual existem desigualdades. Um destes fatores é o rendimento do agregado familiar. As famílias com maior rendimento trabalham mais horas e têm menos tempo para as crianças. No entanto, podem melhor pagar o desempenho de tarefas domésticas que consomem tempo. Neste binómio rendimento/tempo disponível as famílias monoparentais chefiadas por mulheres são mais vulneráveis.

Smith (2010), num estudo com o objetivo de examinar a associação entre as três categorias de determinantes preconizados por Belsky (1984), concluiu que mais horas de trabalho fora de casa estavam associadas a menor apoio social e a maior nível socioeconómico, medido pelo nível de educação materno e rendimento familiar. O mesmo autor considerou mais horas de trabalho fora de casa e um baixo nível socioeconómico como duas medidas de stresse de contexto.

Contrariando a maioria dos estudos que são focados nos distúrbios psicológicos dos pais como a depressão ou em perturbações na parentalidade e tendo por base o modelo de Belsky (1984) em que a personalidade dos pais e a sua interação com a criança são recursos pessoais determinantes para o comportamento parental, Van Bakel e Riksen-Walraven (2002) decidiram estudar as características mais positivas da personalidade como a auto confiança e o bem-estar psicológico dos pais para caracterizar a capacidade de resiliência parental. Numa amostra de 129 famílias alemãs com crianças de 15 meses, os resultados indicaram que a resiliência parental estava relacionada com o apoio do cônjuge e era explicativa da variação do comportamento dos pais para a qualidade na parentalidade.

A resiliência parental é um fator protetivo que fortalece as famílias e a sua promoção assegura o bem-estar das crianças e das famílias. Os pais têm de ser ajudados a identificarem e a construir os seus pontos fortes e capacitados para identificarem a melhor estratégia de melhorarem a sua capacidade parental (U.S. Department of Health and Human Services, 2011).

Os pais que acreditam que podem afetar o desenvolvimento da criança são mais proativos e melhor sucedidos em cultivar as competências positivas das crianças (Murphy & Bornstein, 2004).

### 1.2.3. PREPARAÇÃO E CONHECIMENTO DOS PAIS

O exercício da parentalidade exige conhecimentos, competências, atitudes e habilidades que promovam uma parentalidade positiva. A preparação e os conhecimentos tornam os pais mais resilientes, ajuda-os a compreenderem a criança, o que fazer em cada fase do desenvolvimento, o tipo de acompanhamento e disciplina mais adequados à criança e a proporcionar um ambiente no melhor interesse da criança (Ahmann, 2002; U.S. Department of Health and Human Services, 2008, 2011).

Para este ambiente no melhor interesse da criança dos zero aos três anos, Pecnik (2008) considera que os pais têm de conhecer, compreender e adotar quatro processos:

- Realidade e autenticidade, em que é fundamental a compreensão da importância do seu papel no desenvolvimento da criança.
- Sensibilidade dos pais que é a medida da capacidade dos pais para identificar e interpretar os sinais da criança e as intenções para lhe responder rapidamente e apropriadamente.
- Interação pais-crianças com sincronia repetitiva e com estímulos em sintonia com os comportamentos. A sincronia repetitiva sobre acontecimentos leva à criação duradoura de formas complexas de comportamento. As crianças tornam-se ativas e reconhecem que têm um efeito sobre o seu ambiente, adquirem um sentimento de efetividade que as encoraja a atuar em novas situações. Em contraste, repetidas experiências onde não há relacionamento entre comportamento e eventos ativam a extinção de processos que podem levar à passividade ou ao afastamento.
- Qualidade das trocas afetivas nas interações entre pais e crianças.

Os pais conscientes e comprometidos com o desempenho do seu papel parental também procuram aumentar os seus conhecimentos acerca da parentalidade, havendo áreas em que eles demonstram maior interesse. Num estudo de Eronen, Pincombe e Calabretto (2007) numa população australiana de pais, pela primeira vez, de crianças com idades compreendidas entre as 12 e as 18 semanas, a necessidade de informação manifestada foi sobre as melhores práticas para cuidar e sobre o comportamento e desenvolvimento normais da criança.

Numa população urbana e rural do Texas, com pais de crianças dos zero aos cinco anos, as preferências de aprendizagem de educação parental, avaliadas através de um questionário de resposta fechada, foram a construção da autoestima da criança, ajudar a criança a ter um bom relacionamento, a disciplina efetiva, a conversação com a criança, o desenvolvimento da criança, a nutrição, a saúde e segurança, as atividades para as crianças nas diferentes idades e a gestão do trabalho e da família (Jacobson & Engelbrecht, 2000).

Também numa população dos Estados Unidos com pais de crianças dos zero aos três anos, Zepeda, Varela e Morales (2004) mencionam uma pesquisa em que 79% dos pais queriam mais informação em uma das seis áreas da parentalidade (cuidados ao recém-nascido, padrões de sono, como responder ao choro do bebê, treino do sanitário, disciplina e incentivo da criança à aprendizagem), sendo a informação ou ajuda requerida nas últimas três áreas por 53% dos pais.

Estes autores alertam para a possibilidade de haver barreiras para os pais procurarem educação. Para alguns, pode a educação ser vista como desnecessária ou podem não identificar a sua necessidade. Para outros, podem existir barreiras adicionais como limitações de tempo, horários de trabalho, viverem numa área rural ou falta de recursos financeiros ou materiais como transportes.

Para além das capacidades e habilidades dos pais para responderem às necessidades e às mudanças impostas pelo comportamento e desenvolvimento da criança, é também importante que aceitem e sejam preparados para identificarem as suas próprias limitações na parentalidade e para adotarem comportamentos positivos (Donald & Jureidini, 2004; Nemours Foundation, 2004). Estes comportamentos podem ser protetivos para a criança como o parar de fumar na gravidez e junto da criança (Shribman & Billingham, 2009) e o ser flexível e ajustar o estilo de parentalidade, tendo em consideração o comportamento da criança (Nemours Foundation, 2004). Também podem ser protetivos para os próprios pais se tentarem fazer da parentalidade uma ocupação agradável e tirarem tempo para fazerem coisas que os realizem como pessoas ou como casal (Nemours Foundation, 2004).

#### 1.2.4. RECURSOS DE APOIO

De acordo com a Recomendação Rec(2006)19 do Conselho da Europa (Council of Europe, 2006), são apontados três níveis de recursos para a parentalidade positiva:

- Internos aos pais, tais como os seus conhecimentos e competências, a sua boa saúde física e mental e as competências de resolução de problemas. Estes recursos podem ser aumentados através da capacitação por medidas educacionais.

- Internos à família, tais como os modelos de boa parentalidade e relacionamento interpessoal entre os membros da família.

- Externos à casa, tais como o apoio da família alargada, dos amigos, dos vizinhos, comunidade, recursos económicos, emprego, bem-estar, cuidados e educação da criança.

O apoio da família, as ligações sociais com os colegas, vizinhos e outros pais e a otimização no uso de recursos comunitários possibilitam um desenvolvimento de competências de parentalidade positiva e devem ser estimulados para a construção de capital social (Chalmers & Woodgate, 2006; Fielden & Gallagher, 2008; Heaman, Sadler & Cowlin, 2003; Wagner, Spiker & Linn, 2002). O capital social resulta da capacidade dos pais para desenvolverem relações sociais positivas e é determinante da parentalidade positiva (Fielden & Gallagher, 2008).

De acordo com Sandbaek (2008), os profissionais podem proporcionar três tipos de apoio:

- Apoio informal (reforçar os laços sociais dos pais existentes e encorajar novas ligações com família, amigos, vizinhos e outras pessoas locais).
- Apoio semiformal (capacitar os pais para os seus direitos e ativar o nível de autoajuda e outros grupos e serviços comunitários).
- Apoio formal (serviços profissionais).

Os serviços são geralmente referidos como apoio formal, enquanto o apoio da família ou amigos é caracterizado como apoio informal. Este último tipo assenta num sentimento de responsabilidade e reciprocidade, enquanto o formal é baseado em leis e normativos. Para este autor, os grupos comunitários ou organizações situam-se no meio e são chamados de semiformal.

Warren (2005), num estudo para identificar fontes de apoio em mães pela primeira vez e explorar o relacionamento desse apoio com as práticas de cuidados à criança, conceptualizou o apoio social em dois elementos que se interligam: o estrutural e o funcional. No estrutural considerou a rede social, podendo ser formal (profissionais) ou informal (família, amigos), dependendo do relacionamento com a pessoa. No funcional, considerou as atividades de intercâmbio que ocorriam no relacionamento como a informação, o apoio instrumental e emocional e a avaliação (*feedback* dos cuidados). No

elemento estrutural e funcional, a família, especificamente o cônjuge, as avós maternas, e os amigos e colegas eram os apoios informais mais frequentes (Deave, Johnson & Ingram, 2008; Halle et al., 2008; Jacobson & Engelbrecht, 2000; Long, 2004; Walker, 2005; Warren, 2005).

Outros apoios estruturais e funcionais também utilizados pelos pais e mencionados por estes autores são outros pais, livros e revistas, panfletos e a televisão. Este último autor também descreve que as mães são uma fonte de conselhos para os pais e segundo Walker (2005) os pais também são uma fonte de informação para as mães. No estudo deste autor, os avós da criança foram a fonte informal de informação mais utilizada pelas mães, seguidos dos amigos com crianças e do cônjuge.

O apoio do cônjuge é mencionado por todos os autores e é apontado por Bryanton, Gagnon, Hatem e Johnston (2009) como associado a uma parentalidade positiva no primeiro mês da criança, mas os vizinhos (Long, McCarney, Smyth, Magorrian & Dillon, 2001), a igreja (Jacobson & Engelbrecht, 2000) e a internet (Deave et al., 2008) também integram a rede social dos pais.

O uso das tecnologias está a ser muito utilizado, tanto no apoio informal como no apoio formal. No apoio informal, a informação na internet, a ajuda dos amigos por *websites* interativos é muito utilizada (Deave et al., 2008). Para caracterizar o uso de grupos de apoio *online*, Hall e Irvine (2009) desenharam um estudo qualitativo, entre 40 mães canadianas, onde foram analisadas 92 páginas de comunicação que ocorreram durante o primeiro ano dos filhos. Os resultados evidenciaram que as mães usam a comunicação eletrónica para construir uma comunidade local, para requerer e dar apoio, partilham informação, sentimentos, crenças, expectativas e experiências, validam a normalidade das experiências e dão reforços positivos do apoio e das experiências das outras.

Para o apoio formal, o Departamento de Saúde Inglês, no seu programa para promoção de crianças saudáveis, maximiza o uso das novas tecnologias com a utilização da internet, televisão digital, linhas de ajuda e serviços de mensagens para prover os pais com informação e orientações para terem mais escolhas de acesso para além dos disponibilizados nos *websites* do serviço nacional de saúde (Shribman & Billingham, 2009).

Uma estrutura de apoio através da internet para mães solteiras de baixo recurso e mães Afro-Americanas foi desenvolvida numa Universidade do Estados Unidos com três grandes componentes: uma livraria eletrónica com informação escrita e ligações

interativas para outros sítios da internet; um grupo de diálogo através da plataforma educacional da universidade; e um endereço eletrónico para contacto com o grupo de apoio da universidade (Hudson, Campbell-Grossman, Keating-Lefler & Cline, 2008). Ainda nos Estados Unidos, é utilizado o endereço eletrónico para o envio mensal de um boletim informativo a todas as novas mães que deram à luz durante o primeiro ano da criança. Estes doze boletins foram elaborados por profissionais com temas sobre nutrição, saúde, segurança, recursos de apoio social, estimulação da criança e crescimento, comportamento e desenvolvimento da criança (Walker, 2005).

No apoio formal, os profissionais de saúde são os elementos estruturais e funcionais de apoio que os diferentes estudos enumeram. Deave et al. (2008), num estudo exploratório para identificar as necessidades dos pais pela primeira vez para cuidarem da criança, as necessidades de apoio e educação durante o período pré-natal e pós-natal, concluíram que os profissionais de saúde foram identificados como grupo de apoio e fonte de informação, tanto para as mães como para os pais. O relacionamento com o mesmo profissional de saúde foi visto como muito importante pelos participantes no estudo de Eronen et al. (2007) que propõem que estes devem proporcionar opções e referências a recursos fiáveis, de acordo com os assuntos de interesse dos pais.

Dentro dos profissionais de saúde, as enfermeiras de saúde pública seguidas das de saúde materna e obstetrícia foram o apoio de informação mais frequente no estudo de Warren (2005), mas pouco frequente no estudo de Walker (2005). Neste estudo, os apoios informativos mais referidos pelas mães foram os boletins informativos que recebiam mensalmente, livros, revistas, jornais e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros).

O mesmo estudo apresenta a classificação que as mães atribuíram a cada fonte de informação. Nos apoios informais, o cônjuge foi referido como fonte de informação mais útil, seguido dos avós. Nas fontes de apoio formal foram os médicos e enfermeiros seguidos dos boletins e dos livros, revistas e jornais. Esta relação dos recursos de apoio com o exercício da parentalidade tem sido propósito de vários estudos com idênticas conclusões.

Emanuel, Creedy, St John, Gamble e Brown (2008) consideram o apoio social fundamental para o desenvolvimento do papel maternal pela associação estatisticamente significativa que obteve num estudo com mulheres australianas, às 36 semanas de gestação e às 12 semanas após o parto. A mesma conclusão é referida por Mercer e Walker (2006) como resultado de um estudo de revisão da literatura sobre intervenções de enfermagem para a promoção do tornar-se mãe. Os autores concluem que os melhores

apoios para as mães são a sua família e os seus amigos e que os recursos adicionais da comunidade devem ser tema de diálogo dos enfermeiros com as mães para as ajudar a decidir os que lhes podem ser úteis.

Esta competência como mãe, conjuntamente com o relacionamento com o cônjuge e o apoio de enfermagem, também foram preditores de adaptação a cuidar da criança num estudo de Tarkka et al. (2000) com mães de crianças com 8 meses de idade. No entanto, a adaptação das mães a cuidar da criança teve fraca correlação positiva com o apoio de enfermagem.

O apoio do cônjuge foi o único fator de apoio que contribuiu para a variação do comportamento dos pais no estudo de Van Bakel e Riksen-Walraven (2002). Também o cônjuge, os amigos e os seus pais são apoios a quem recorrem os pais no nordeste da Irlanda quando têm problemas. No entanto, nestas situações os profissionais de saúde têm forte impacto na gestão da situação. Isto passa-se em relação ao choro da criança (Long, 2004; Smart & Hiscock, 2007) e a outros problemas do comportamento e do sono (Smart & Hiscock 2007).

Num estudo correlacional realizado com 160 casais do Quebec que foram pais pela primeira vez e que teve como objetivo compreender as fontes de apoio dos pais no período pós-natal, o apoio do cônjuge e dos avós maternos foram valorizados pelos pais e pelas mães. Em ambos não foi considerado de grande utilidade o apoio das associações de pais, familiares, amigos, colegas de trabalho e sacerdotes. Os pais (masculino) consideraram de maior utilidade o apoio dos amigos do que as mães. Consideraram grande fonte de apoio os profissionais de saúde. Não houve relação na perceção de apoio com a perceção da eficácia no desempenho do seu papel e no nível de ansiedade (Montigny, Lacharité & Amyot, 2006).

Relação significativa e positiva com a confiança das mães a cuidarem da criança com o apoio de informação e de avaliação foram verificados no estudo de Warren (2005). As mães confiaram mais no apoio dos profissionais para o banho e alimentação da criança e no apoio dos amigos e família para o sono e mudança de fralda e de roupa.

Helseth (2002) alerta que os pais esperam que os profissionais de saúde lhe deem orientações diferentes das dos amigos e familiares. Realizou um estudo qualitativo para compreender o contributo das enfermeiras na ajuda aos pais de crianças com cólicas na Noruega e concluiu que os pais percebiam a ajuda de enfermagem como efetiva e útil se os profissionais estabelecessem um correto relacionamento com os pais, soubessem avaliar a situação e proporcionassem aos pais uma orientação escrita.

### **1.3. A ENFERMAGEM NO APOIO DA PARENTALIDADE POSITIVA**

A parentalidade positiva é um projeto de saúde para os pais e crianças e o apoio de enfermagem pode visar a promoção da confiança dos pais, a ajuda nas suas dificuldades e a educação de comportamentos saudáveis.

Este apoio processa-se no contexto do Sistema Nacional de Saúde com programação de atividades de acordo com a evidência científica disponível.

#### **1.3.1. CONTEXTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM PORTUGAL**

De acordo com Vieira (2007), várias congregações religiosas influenciaram a evolução da enfermagem em Portugal do século XVI ao século XX e para o seu exercício só a partir de 1956 foi exigido um diploma de habilitação. Para a mesma autora, o seu desenvolvimento era um imperativo para a melhoria de cuidados de saúde da população e foi evoluindo numa interligação com as alterações dos serviços de saúde.

Estes serviços e a sua organização, também, sofreram, através dos tempos, a influência dos conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época. Inicialmente para dar resposta ao aparecimento das doenças, e, posteriormente, para assegurar o direito à saúde de todos os portugueses (Ministério da Saúde, 2010).

O Serviço Nacional de Saúde ficou organizado por regiões de saúde que eram divididas em sub-regiões de saúde e por áreas de saúde. As sub-regiões correspondiam a áreas dos distritos do continente e as áreas de saúde a municípios. Cada uma sub-região tinha um coordenador do qual dependiam as áreas de saúde.

Seguiram-se anos em que foi dada atenção a novas formas organizativas e de gestão dos serviços nos centros de saúde e nos hospitais e, em 2007, iniciou-se uma reforma dos cuidados de saúde primários. Com esta, houve a criação das primeiras unidades de saúde familiar e a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que vieram substituir as sub-regiões de saúde (Ministério da Saúde, 2010).

De acordo com este Ministério, atualmente, o Serviço Nacional de Saúde estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais. A nível regional compreende cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS Norte, ARS Centro, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ARS Alentejo e ARS

Algarve) com competências de coordenação do trabalho entre os centros de saúde e os hospitais que são serviços prestadores de cuidados de saúde primários e diferenciados.

### **Serviços prestadores de cuidados de saúde**

A Lei Orgânica do Ministério da Saúde, republicada pelo Decreto-Lei n.º234/2008 de 2 de dezembro, atribui às Administrações Regionais de Saúde a missão de garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde. Também especifica que os serviços e estabelecimentos do serviço nacional de saúde são os estabelecimentos hospitalares, unidades locais de saúde, centros de saúde e agrupamentos de centros de saúde que se regem por legislação própria.

#### Unidades Locais de Saúde

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos foi em 1999 instituída no município de Matosinhos como uma experiência inovadora, integrando numa entidade pública, dotada de gestão empresarial, os vários serviços e instituições do Serviço Nacional de Saúde existentes naquele município, constituindo-se a primeira unidade local de saúde do país. Posteriormente, foram criadas as Unidades Locais de Saúde do Norte Alentejano, do Alto Minho, do Baixo Alentejo, da Guarda, de Castelo de Branco e a do Nordeste no distrito de Bragança. Todas as unidades integram hospitais e centros de saúde existentes na sua área geográfica (Decreto-Lei n.º 67/2011 de 2 de junho).

#### Serviços Hospitalares

Os cuidados diferenciados pediátricos, atualmente, são assegurados em todos os hospitais gerais de nível distrital e central e por três hospitais especializados - em Lisboa (Hospital D. Estefânia), Porto (Hospital de Crianças Maria Pia) e Coimbra (Hospital Pediátrico de Coimbra). Com o processo de empresarialização e de fusão, estes hospitais especializados foram integrados em Centros Hospitalares. O Hospital Pediátrico de Coimbra já integrava o Centro Hospitalar de Coimbra e os outros dois ficaram integrados no Centro Hospitalar de Lisboa Central (Decreto Lei n.º50-A/2007 de 28 fevereiro) e no Centro Hospitalar do Porto (Decreto-Lei n.º 326/2007 de 28 setembro).

#### Agrupamentos de Centros de Saúde

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) são serviços de saúde com autonomia administrativa constituídos por várias unidades funcionais que integram um ou mais centros de saúde (Decreto-Lei n.º28/2008 de 22 de fevereiro). Estes têm como

missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica e desenvolvem atividades de promoção de saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade de cuidados.

A delimitação geográfica deve corresponder a NUTS III, agrupamento de concelhos ou a um concelho.

O ACES pode compreender as seguintes unidades funcionais:

- Unidade de Saúde Familiar (USF).
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).
- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).
- Unidade de Saúde Pública (USP).
- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhadas (URAP).
- Outras unidades de saúde propostas pela ARS.

Em cada centro de saúde, componente da ACES, funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta. Cada ACES tem somente uma USP e uma URAP. Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES (Decreto-Lei n.º28/2008 de 22 de fevereiro).

Os ACES de cada ARS foram criados por portarias em 2009.

### 1.3.2. REGULAMENTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

De acordo com Vieira (2007), a profissão de enfermeiro em Portugal é referenciada desde o século XVI, exclusiva dos detentores de um diploma a partir de 1956 e com uma carreira profissional a partir de 1967.

As exigências decorrentes das reformas de saúde e da responsabilidade constitucional de prestar serviços de saúde a todos os cidadãos levam a uma reestruturação da carreira de enfermagem. Esta foi consagrada numa carreira única com cinco categorias profissionais, entre as quais a de enfermeiro especialista, após a habilitação com um curso pós-básico de especialização.

Os cursos de especialização, alguns já existentes, passaram a ser possíveis em seis áreas clínicas: a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a Enfermagem de Saúde

Infantil e Pediátrica, a Enfermagem de Reabilitação, a Enfermagem de Saúde Pública, e a Enfermagem Médica – Cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

As cinco categorias têm-se mantido nas mudanças instituídas à carreira, mas foram reduzidas para duas na carreira de enfermagem atual com regime legal definido pelo Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de setembro e regime especial pelo Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro.

### 1.3.2.1. Grupo Profissional

No final de 2010 estavam inscritos na Ordem dos Enfermeiros 62566 enfermeiros (50841 do género feminino e 11725 do género masculino), exercendo em território estrangeiro 133.

A moda de idades situa-se no grupo etário de 26 a 30 anos e 4000 têm idades superiores a 60 anos.

Nesta mesma data, os enfermeiros estavam distribuídos pelos diversos sectores de atividade, mas, em maior número no sector público e, especificamente, nos hospitais (Tabela 1.1)

Tabela 1.1: Distribuição dos enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros por sectores de atividade

<b>Sector de atividade</b>	<b>Enfermeiros n.º</b>
Centros de saúde	7508
Hospitais	34148
Ensino	692
Estabelecimentos privados de saúde	2460
Exercício liberal	206
Aposentados	1952
Desconhecidos	15600

Fonte: Ordem Enfermeiros (2011a)

No que se relaciona com os enfermeiros com o título de especialista, no final de 2010 existiam 10673 enfermeiros especialistas registados na ordem dos enfermeiros. A tabela 1.2 apresenta a sua distribuição pelas especialidades de enfermagem existentes e evidencia que os enfermeiros são, em todas as especialidades, maioritariamente do sexo feminino.

Tabela 1.2: Distribuição dos enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros por títulos de especialista

<b>Enfermeiros especialistas</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
	n.º	n.º	n.º
Especialista em Enfermagem de Reabilitação	1314	648	1962
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1550	99	1649
Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	2329	124	2329
Especialista em Enfermagem de Médico - Cirúrgica	1319	448	1767
Especialista em Enfermagem na Comunidade	1457	242	1699
Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	862	402	1264
Outros títulos reconhecidos	3	-	3

Fonte: Ordem Enfermeiros (2011a)

As áreas clínicas de especialização apresentadas no quadro têm-se mantido ao longo destes anos e, atualmente, a Ordem dos Enfermeiros (2009), pelas suas competências nesta matéria, tem uma proposta de dez áreas de especialização de acordo com o alvo de intervenção.

A área de atuação no processo da parentalidade tem relação com, cinco destas propostas: duas tendo como alvo de intervenção a pessoa numa etapa do ciclo da vida (Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica e a Saúde da Criança e do Jovem); uma tendo como alvo de intervenção a pessoa ao longo da vida (Saúde Mental) e duas tendo como alvo de intervenção o grupo (Família e Comunidade).

Todas elas são dirigidas para projetos de saúde, individuais ou em grupo, que visem a saúde da mulher, da criança, da família e da comunidade.

### **1.3.2.2. Exercício profissional**

O exercício profissional dos enfermeiros está regulamentado desde 1996, através do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro). Este documento veio regulamentar a profissão, clarificando conceitos, intervenções e funções, bem como aspetos básicos dos direitos e deveres dos enfermeiros.

Todos os diplomas que referenciam e legalizam o exercício da profissão de enfermagem pressupõem o enfermeiro numa equipa de profissionais de saúde, com uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais, mas dotada de igual nível de dignidade e de autonomia de exercício profissional como é referido no regime especial da carreira de enfermagem atualmente em vigor (Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro, artigo 3.º). Esta carreira integra duas categorias: enfermeiro e enfermeiro principal. A primeira integra conteúdos funcionais inerentes ao

processo de prestação de cuidados, de assessoria, de investigação e de colaboração na formação dos estudantes de enfermagem. Integra, ainda, conteúdos a serem desenvolvidos por enfermeiros que possuam o título de especialista e que são atividades de avaliação de pessoal, de gestão de projetos e de atividades de formação de estudantes de enfermagem ou de enfermeiros em contexto académico ou profissional.

Para admissão à categoria de enfermeiro principal é exigido o título de especialista cumulativamente com, pelo menos, cinco anos de experiência efetiva no exercício da profissão e, para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro, tem conteúdo funcional integrado na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde.

As áreas de exercício profissional e de cuidados de saúde permitem que o enfermeiro seja um profissional com proximidade à população e com cobertura geográfica, tornando-o um elemento importante no apoio da parentalidade positiva. Este apoio, de acordo com as normas para os profissionais enunciadas na Recomendação Rec(2006)19 do Comité dos Ministros dos Estados Membros do Conselho da Europa (Council of Europe, 2006), deverá incluir os seguintes componentes:

- Promoção da aprendizagem parental acerca de como ser pai da sua criança de maneira positiva, visando o potencial de desenvolvimento da criança.
- Capacitar os pais para melhor empreenderem o seu papel e as suas responsabilidades.
- Facilitar e encorajar mudanças no comportamento parental, para otimização do desenvolvimento da criança.

### 1.3.3. PROGRAMAS DE APOIO NA PARENTALIDADE POSITIVA

Na Recomendação, anteriormente mencionada, são enunciados princípios fundamentais e medidas que os profissionais devem considerar no apoio à parentalidade positiva, tais como:

- Os pais e as crianças são titulares de direitos e obrigações e parceiros com potencial natural que deve ser incentivado.
- Os pais são os primeiros e principais responsáveis pela criança, devendo respeitá-la de acordo com os seus direitos.
- As diferentes formas de parentalidade devem ser respeitadas com uma abordagem pluralista.

- É importante reconhecer apropriados padrões de vida.
- Promover igualdade de oportunidades de ambos progenitores no exercício da parentalidade, no respeito da sua complementaridade.
- Os mecanismos incentivadores da parentalidade devem ter uma perspetiva de longo prazo para garantir sustentabilidade.
- Encorajar trocas de conhecimentos e de boas práticas

Estes princípios são reconhecidos a nível mundial e orientam a estruturação e implementação de programas para capacitar e apoiar os pais no empreendimento do seu papel. Alguns destes programas têm-se evidenciado pela sua efetividade e divulgação e têm sido replicados em diversos países.

### **1.3.3.1.Descrição dos programas**

Em Portugal existe em vigor um programa tipo de atuação na saúde infantil emanado pela Direção Geral da Saúde (2005a) e já mencionado no capítulo anterior. Neste programa são sugeridos temas para cuidados antecipatórios e formas de os abordar nos diferentes contextos, nomeadamente por distribuição de material informativo e em sessões de informação/ educação para a saúde dirigidos aos pais ou outros prestadores de cuidados. O mesmo programa considera importante o desenvolvimento dos meios que possibilitem a visitação domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, que é aqui considerado um elemento fundamental da vigilância e da promoção da saúde. Dá particular importância à visitação domiciliária nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como de risco.

Com base na evidência científica e no contexto jurídico-institucional do exercício da enfermagem em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (2010b) publicou um guia orientador de boas práticas em saúde infantil e pediátrica com algumas recomendações para a prática profissional que se especificam:

- A prática profissional deve ser direcionada para o acompanhamento do desenvolvimento infantil num programa estruturado de implementação e vigilância da criança em vários momentos do seu desenvolvimento.
- Neste programa deverá estar incluído uma avaliação do desenvolvimento psicomotor como forma de prevenção de potenciais problemas e a observação e avaliação que possibilite a ação.

- A visita domiciliária é uma estratégia a utilizar desde o nascimento e ao longo de todo o processo de desenvolvimento da criança.
- A prestação de cuidados de enfermagem implica uma inter-relação com a criança e família, utilizando metodologia científica, e deve ser dirigida a áreas fundamentais para a promoção do desenvolvimento infantil (amamentação/alimentação diversificada, imunização, higiene e vestuário, sono e repouso, brincar, disciplina, segurança, afeto e sexualidade).
- Na alimentação saudável da criança é evidenciado o regime equilibrado de acordo com a idade, as suas necessidades e o fator cultural. Inicia-se com a amamentação exclusiva, também fundamental para a relação mãe-filho. Deve ser respeitada a decisão da mãe e considerado o pai como elemento ativo. Com a diversificação alimentar, haverá princípios a considerar relacionados com os nutrientes e com os momentos de socialização das refeições em ambiente de harmonia e de prazer.
- A imunização segue um Plano Nacional de Vacinação que deve ser cumprido e o ato de vacinar constitui uma oportunidade de relação do enfermeiro com a criança e sua família, sendo fundamental que a vacinação seja acompanhada de uma observação da dinâmica familiar.
- A higiene corporal e oral devem ser incentivadas e exploradas como momentos de estimulação da criança, com adoção de medidas de segurança e com indicação das roupas e calçados adequados.
- No sono devem ser incentivados rituais simples e constantes no período que medeia as horas de dormir. Entre o ano e os três anos recomendam-se 12 a 14 horas de sono repartidas por sono noturno e uma sesta diurna. Para garantir um sono mais relaxado, pode ser útil incentivar estratégias relaxantes. Estas podem ser o banho, massagem, sucção indutora de sono, condições ambientais com menos claridade e tranquilidade, estímulos acústicos e com estabelecimento de horas regulares para a criança se auto disciplinar.
- Evidenciar a importância do brincar para promover o desenvolvimento psicomotor, moral, ético, estético e espiritual da criança e salientar a necessidade de escolher brinquedos seguros e adequados à idade e ao interesse da criança.
- Na disciplina deve ser avaliada a percepção dos pais sobre a eficácia de determinadas atitudes no desempenho do papel parental.
- A segurança deve ser entendida na vertente emocional, social e física.

- Nos afetos, é necessário favorecer a interação humana para o qual é fundamental os pais terem tempo para os filhos e interagirem com eles. Os enfermeiros têm de identificar as situações de carência, intervir junto dos pais e ajudá-los a compreender a qualidade das interações para o desenvolvimento das capacidades cognitivas e emocionais dos filhos.

Estas recomendações evidenciam conteúdos e estratégias de intervenção que, validadas e complementadas com estudos de efetividade, deverão integrar programas de apoio na parentalidade

Numa revisão da literatura efetuada em 2010 com o objetivo de identificar os focos de atenção e as estratégias de intervenção de enfermagem no apoio da parentalidade positiva em crianças dos zero aos três anos, não houve, nas bases de dados, quaisquer registos para os termos parentalidade ou parentalidade positiva que pudessem direcionar para estudos portugueses. No entanto, foram encontrados estudos, de outros países, que especificavam programas de intervenção junto de pais de crianças dos zero aos três anos, realizados por enfermeiros e sem terem como foco principal um quadro de doença da criança ou da mãe (Lopes, Catarino et al. 2010). Nestes estudos foram identificados os seguintes programas:

- “Promoção da interação pai-criança”, realizado no Canadá e dirigido a pais de crianças entre os cinco e os oitos meses de idade.
- “Baby First Programme”, elaborado em 1998 numa província do Canadá direcionado para crianças do período pré-natal até aos três anos de idade e para famílias que viviam em condições de risco.
- “Early Start” desenvolvido em vários locais de Christchurch na Nova Zelândia que se iniciava no primeiro mês de vida da criança e se prolongava até aos 24 meses.
- “Resources, Education and Care in Home (REACH-Futures)” que surgiu em Chicago e se iniciava nas primeiras duas semanas de vida da criança até aos 12 meses.
- “Positive Parenting” realizado desde 1995 em Down Lisburn Trust, na Irlanda do Norte, constando de sessões educativas para grupos de pais de crianças de diversas idades.

- “*Parenting Education Programme (PEPE)*” desenvolvido na Nova Zelândia com 4 cursos contínuos, de acordo com a idade da criança: para as primeiras 6 semanas de vida do bebé, das 6 semanas a um ano, do ano aos dois anos e dos dois aos três.
- “*Parent Education development with Creative physical activity (PED/CPA)*” é um programa de educação parental e de atividade física criativa integrado num programa escolar de uma escola pública de *McCabe Center* em *New Haven* e dirigido a mães adolescentes para desenvolverem comportamentos de parentalidade positiva.
- “*Parents as Teachers National Center (PAT)*” iniciado no período pré-natal e prolongando-se até aos três anos de vida da criança.

Também são conhecidos e valorizados outros programas em que os enfermeiros participam e assumem funções de colaboração ou de gestão como o Hawaii’s Healthy Start Program (HSP), o Nurse-Family Partnership, o Triple P – Positive Parenting Programme e o Healthy Steps.

O Hawaii’s Healthy Start Program (HSP) foi iniciado no ano de 1975, em Oahu com o objetivo de prevenir o mau trato infantil e promover uma parentalidade direcionada para o desenvolvimento saudável da criança. O programa era dirigido para famílias de risco nos primeiros três a cinco anos da criança e realizado por visitantes domiciliários recrutados da comunidade e preparados para o efeito. A diretora era uma enfermeira de saúde pública e havia uma equipa de supervisão constituída por profissionais com formação e experiência em educação na infância, em trabalho social ou em enfermagem. Havia protocolos estabelecidos e reuniões semanais dos supervisores com os visitantes domiciliários para revisão do progresso de cada família (Duggan et al., 1999).

Nos estudos de efetividade na prevenção de maus tratos infantis, este programa não evidenciou os benefícios do “Early Start”, já mencionado, e do Nurse-Family Partnership (Macmillan, Wathen, Barlow, Fergusson, Leventhal & Taussig, 2009), mas serviu de modelo para o desenvolvimento destes programas.

Os mesmos autores descrevem o Nurse-Family Partnership, desenvolvido nos Estados Unidos, como um modelo baseado em visitas domiciliárias, nas teorias da ecologia humana, autoeficácia e relacionamento humano e num adequado relacionamento entre as enfermeiras e os membros da família. Tem como objetivos melhorar os comportamentos de saúde na gravidez e no período pós natal, melhorar a saúde e o desenvolvimento da criança e ajudar os pais nas suas responsabilidades relacionadas com

os cuidados à criança. Pretende, ainda, melhorar a autossuficiência económica dos pais ajudando-os a planear o seu futuro, nomeadamente na gravidez subsequente e no emprego.

O programa consta de visitas domiciliárias realizadas por enfermeiros que tiveram uma prévia preparação de quatro semanas. A frequência das visitas era adaptada às fases da gravidez e às necessidades dos pais, com uma média de seis a nove visitas pré natais e vinte e uma a vinte e seis até a criança completar os dois anos. As grávidas eram recrutadas numa clínica pré natal antes das vinte e nove semanas de gestação. Os enfermeiros seguiam normas e protocolos que orientavam as visitas domiciliárias.

Outro programa muito divulgado e considerado efetivo é o Triple P – Positive Parenting Programme, elaborado por uma equipa de psicólogos australianos e com intervenções construídas a partir dos pontos fortes dos pais e família e desenvolvidas em vários locais para melhor acessibilidade: clínicas ou hospitais, domicílio, creches, escolas e locais de trabalho. Visa prevenir problemas de comportamento e desenvolvimento da criança e possibilitar conhecimento, competências e confiança aos pais (Sanders, Matthew & Ralph, 2004).

De acordo com os mesmos autores, o programa está organizado através de cinco níveis para pais de crianças do nascimento até aos 12 anos de idade, com extensão mais recente a pais de adolescentes dos 12 aos 16 anos. O nível 1 é dirigido a todos os pais interessados em aceder à informação acerca da parentalidade, através de meios de comunicação eletrónico ou impresso, folhetos e videocassetes com demonstração de estratégias específicas de parentalidade. Este nível tem o objetivo de informar os pais sobre assuntos e recursos de parentalidade e de os incentivar a participar nos programas. O nível 2 consta de uma ou duas breves sessões nos cuidados de saúde primários para, antecipadamente, orientar os pais de crianças com ligeiras dificuldades de comportamento. Visa o desenvolvimento da criança e tópicos como o treino sanitário, o sono e o comportamento da criança à mesa e em público. O nível 3 e 4 têm sessões seletivas e intensivas dirigidas a crianças com problemas de comportamento. O nível 5 é um programa de intervenção na família, para famílias com dificuldades parentais complicadas por outras fontes de stresse.

Os diferentes níveis são todos suportados por recursos que incluem 14 videocassetes produzidos por profissionais, representando problemas comuns e soluções de acordo com as idades das crianças e os assuntos; uma série de 50 folhetos com conselhos e informação para pais sobre os problemas mais comuns da infância e da

adolescência; livros de trabalho para os pais; gráficos sumariando princípios chave da parentalidade e manuais para facilitar a integração nos vários níveis do programa.

Para aumentar o acesso dos pais ao programa, foi desenvolvido um sistema coerente de preparação e acreditação para vários profissionais o aplicarem. Nestes estão incluídos enfermeiros de saúde infantil, trabalhadores sociais, terapeutas ocupacionais, professores e médicos. A natureza multidisciplinar do programa envolve a melhor utilização dos profissionais existentes na promoção das competências parentais (Sanders et al, 2004). Este programa tem sido disseminado por diversos países e valorizado por diversos estudos. Um deles, realizado nos Estados Unidos, evidenciou o impacto positivo do programa na prevenção dos maus tratos infantis (Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker & Lutzker, 2009). Outro, no Japão, evidenciou um aumento da confiança parental e um decréscimo de problemas de comportamento das crianças e de ansiedade e de práticas disfuncionais parentais (Fujiwara, Kato & Sanders, 2011).

De natureza e objetivos idênticos, o programa “Healthy Steps” surgiu como uma abordagem inovadora para os cuidados primários em pediatria e foi iniciado no final de 1994 pela Commonwealth Fund em parceria com outras fundações e com prestadores de saúde e patrocinado pela Academia Americana de Pediatria (Healthy Steps, 2011; Zucerman, Parker, Kaplan-Sanoff, Augustyn & Barth, 2004). De acordo com estes autores, o programa é baseado nas normas e princípios da Brights Futures e nas normas de supervisão em saúde da Academia Americana de Pediatria e dirigido a famílias com crianças até aos três anos de idade. Visa a promoção do desenvolvimento físico, emocional e intelectual das crianças dos zero aos três anos de idade, a promoção do conhecimento, habilidades e confiança dos pais nas suas capacidades de educação e resposta às necessidades das famílias de crianças desta idade. Enfatiza o relacionamento dos profissionais de saúde e dos pais e centra-se, essencialmente, na compreensão das fases de desenvolvimento da criança, na sua estimulação, na compreensão dos pais sobre o temperamento da criança e do seu desenvolvimento e na segurança da criança. Responde, ainda, às questões mais problemáticas do desenvolvimento da criança, tais como o choro, as dificuldades do sono, a disciplina, a nutrição e outros assuntos da educação da criança e dos recursos comunitários disponíveis. Este programa prevê a adição de um profissional chave para a prática pediátrica, podendo ser um educador, uma enfermeira ou um trabalhador social e utiliza recursos como as visitas a casa, informações pelo telefone, documentos escritos, grupos de ajuda aos pais e livros para os pais lerem à criança (Healthy Steps, 2011; Zucerman et al., 2004).

Todos os programas mencionados têm o objetivo de melhorar a capacidade dos pais para apoiar o desenvolvimento emocional e comportamental das crianças, mas necessitam ser dirigidos a uma população que necessite, queira e possa beneficiar do serviço (Olds, Sadler & Kitzman, 2007). As atividades de diagnóstico da situação deverão incluir as características positivas e capacidades das famílias para tornar possível uma abordagem com base nos pontos fortes e nos recursos dos pais e famílias. O planeamento das intervenções deve ser totalmente centrado no interesse dos pais e os assuntos, considerados essenciais pelos profissionais, devem ser incluídos de forma faseada e abordados pela positiva (Lopes, Catarino et al., 2010).

### **1.3.3.2. A efetividade dos programas**

Numa síntese de evidência de estudos experimentais desenvolvidos em diferentes países e reportados de 1996 a 2006 e que incluíam componentes focados na promoção da parentalidade desde a gravidez até aos três anos de vida da criança, Olds, Sadler e Kitzman (2007) concluíram que os resultados dos estudos desenvolvidos em cada país não podem ser generalizados facilmente para os outros pelas diferenças socioeconómicas, culturais e de recursos comunitários. No entanto, os programas de apoio na parentalidade, que são fundamentados por abordagens teóricas e integrem estratégias de intervenção para as quais já existem estudos de efetividade, são referências importantes que os profissionais devem conhecer e considerar.

De acordo com Benzies, Magill-Evans, Harrison, MacPhail e Kimak (2008); Deković, Asscher e Hermanns (2010); Fielden e Gallagher (2008); Howard e Brooks-Gunn (2009), estes programas de apoio têm impacto positivo a nível das competências, confiança e do comportamento dos pais em relação à criança, mas nem sempre com impacto no comportamento da criança como evidenciou o estudo quase experimental dos segundos autores referidos.

No entanto, os benefícios dos programas de parentalidade para melhorar o equilíbrio emocional e comportamental das crianças com menos de três anos são evidenciados numa revisão de estudos experimentais entre 1970 a 2001 (Barlow, Parsons & Stewart-Brown, 2005). Estes autores não encontraram suficiente evidência sobre se estes benefícios são mantidos ao longo do tempo. Também os resultados de um estudo quase experimental realizado em famílias Japoneses indicaram que o programa Positive

Parenting Program (Triple P) foi efetivo no decréscimo de problemas de comportamento das crianças (Fujiwara et al., 2011).

Para avaliar o efeito na saúde da criança de sessões educativas estruturadas a nível individual ou em grupo, para pais nos primeiros dois meses da criança, Gagnon e Bryanton (2009), numa revisão da literatura até final de 2007, analisaram catorze estudos experimentais e concluíram que os benefícios dos programas de educação para a saúde da criança permanecem obscuros. Somente um estudo sobre o sono da criança permitiu a medição do efeito positivo, pelo que os autores apontam a necessidade de mais estudos confirmatórios.

O CDC (2009) realizou uma meta análise de artigos publicados em Inglês de 1990 a 2002 sobre os programas de educação para as práticas de parentalidade de pais de crianças dos zero aos sete anos que visassem mudanças de comportamentos. Foram considerados, apenas, os programas com estratégias ativas de aprendizagem e excluídos os programas de educação que somente prestavam informação através de leituras, vídeos e outros meios de comunicação. A análise da efetividade destes programas foi avaliada em dois resultados: a aquisição de competências e comportamentos parentais no uso de disciplina efetiva e na orientação da criança; e a diminuição dos comportamentos de externalização da criança. Estes resultados sofreram efeitos elevados de alguns componentes do programa.

Barlow, McMillan, Kirkpatrick, Ghate, Smith e Barnes (2008) realizaram uma revisão sistemática de revisões e da abordagem crítica dos estudos desde 1990 até 2008. A sua pesquisa foi dirigida aos conteúdos e estratégias de intervenção efetivas na melhoria da confiança dos pais e nos resultados na criança. Nas estratégias de intervenção, foram avaliadas as que tinham o objetivo de melhorar a capacidade dos pais para apoiar o desenvolvimento emocional e comportamental das crianças. Nos conteúdos, foi estudada a evidência na promoção da amamentação, na promoção do vínculo, no uso do porte da criança, na massagem da criança e na promoção do desenvolvimento cognitivo da criança.

Os componentes destes programas que se evidenciaram efetivos são apresentados segundo as dimensões da parentalidade positiva.

### ***Necessidades físicas, segurança e saúde da criança***

Os diversos estudos evidenciam intervenções efetivas na promoção da amamentação, do sono saudável e de alimentação saudável.

Na promoção da amamentação os resultados do estudo de Barlow et al. (2008) evidenciaram efetividade nas seguintes intervenções: apoio na iniciação de amamentar precocemente (uma hora após o nascimento); aulas de grupo sobre a amamentação com uma componente interativa com outras mães; programas educativos multimodais combinados com campanhas publicitárias e desincentivo da pesagem frequente da criança, porque esta aumenta a ansiedade das mães e interfere com a amamentação exclusiva. Os mesmos autores também recomendam o uso de modos associados de intervenção e o apoio das outras mães que amamentem, principalmente, no período pré-natal.

Na promoção de sono saudável, os guias antecipatórios sobre os padrões de sono e sobre as práticas de sono saudável foram considerados efetivos na redução do stresse e no aumento da confiança dos pais durante os primeiros dois meses de vida da criança (Barlow et al., 2008). A estruturação dos comportamentos dos pais no apoio ao sono da criança ajudou no estabelecimento do padrão de sono (St James-Roberts, 2007) e o uso da massagem ajudou a relaxar a criança (Barlow et al., 2008; Magill-Evans, Harrison, Rempel & Slater, 2006).

Na promoção de alimentação saudável, a educação em nutrição (ensino) através de vários métodos – audiovisuais, guias, computador, *workshops* e técnicas de modificação do comportamento - mostram alguns efeitos positivos nos conhecimentos das mães sobre nutrição, mas sem conhecimento do impacto no comportamento alimentar (Barlow et al., 2008).

A monitorização do crescimento da criança surge como efetivo na prevenção de problemas na criança, mas deve ser doseada para não causar ansiedade nas mães (Barlow et al., 2008).

### ***Desenvolvimento, comportamento e estimulação***

Os estudos consultados descreveram intervenções que se evidenciaram efetivas no equilíbrio emocional e do comportamento da criança e na promoção do seu desenvolvimento cognitivo.

No equilíbrio emocional e comportamental da criança, tiveram efeito o apoio para uso de grupos de pais, programas de parentalidade em grupo e uso de massagem da criança (Barlow et al., 2008); observação e modelagem de comportamento dos pais com a criança com a ajuda de filmagens e grupos de discussão do comportamento (Magill-Evans et al., 2006).

Na promoção do desenvolvimento cognitivo, tiveram efeito o uso e partilha de livros associados a guias antecipatórios para a rotina banho-livro-cama, uso de canções, música e livros como parte de uma prestação progressiva para grupos de pais de crianças de um aos três anos e guias antecipatórios sobre o desenvolvimento cognitivo e a sua promoção (Barlow et al., 2008).

Na diminuição dos problemas de comportamento da criança, foram efetivos o treino do comportamento dos pais, complementado com telefonemas personalizados para os fatores específicos da criança (Barlow et al., 2008) e ensino sobre as formas de interação com a criança e habilidades disciplinares (Barlow et al., 2008; CDC, 2009).

### ***Comunicação com a criança***

Na comunicação com a criança são verificados efeitos do apoio da parentalidade na promoção do vínculo, a comunicar com a criança e a interpretar e responder ao choro da criança.

Na promoção do vínculo, de acordo com Barlow et al. (2008), foram efetivas as seguintes intervenções: uso do contacto físico logo após o nascimento e através do porte “canguru” para bebés; uso de informação sobre as capacidades sensoriais e de perceção da criança como parte de uma rotina de cuidados e intervenções que envolvam ativamente os pais (masculino) com a criança, como observadores ou participantes, no período pós-natal imediato e tardio.

Ainda na promoção do vínculo, os mesmos autores e Magill-Evans et al. (2006) encontraram efetividade no uso do método canguru numa prestação progressiva e contínua.

No que se refere às intervenções para possibilitar a aquisição de competências dos pais a comunicar com a criança, de acordo com CDC (2009), são efetivas o ensino de competências de comunicação emocional que melhoram o relacionamento dos pais com a criança e o ensino de competências de interação com a criança. Nas competências de comunicação, o ensino deve abordar a escuta ativa, tais como o retorno do que a criança disse; a redução dos padrões de comunicação negativa, tais como o sarcasmo e críticas e

estratégias que permitam a criança sentir que faz parte da conversação e que contribui para o processo de comunicação. Nas competências de interação com a criança, o ensino aos pais deve visar a interação com a criança em situações não disciplinares, ou seja, em todas as atividades diárias; formas de demonstrar entusiasmo em participar nas atividades dirigidas à criança e selecionadas por esta; formas de dar atenção positiva aos comportamentos apropriados da criança e às suas escolhas e as opções de atividades recreativas e de interação com a criança, tais como as da vida diária.

Em relação à interpretação e resposta ao choro da criança, os estudos dirigem-se ao choro intenso que para muitos pais é uma manifestação de cólicas na criança. De acordo com St James-Roberts (2007), as crises de choro comuns às cinco semanas de idade são resultantes de um processo biológico das crianças e sem evidência para a sua relação com as diferenças na parentalidade. Consequentemente, este autor considera que a intervenção não pode ser focada na prevenção, mas direcionada para a contenção parental e para as estratégias de *coping*. O foco de intervenção é apoiar os pais no controlo do choro e dar-lhes informação e assistência, após excluída a existência de distúrbios orgânicos e do desenvolvimento e crescimento da criança (Helseth & Begnum, 2002; St James-Roberts, 2007). Há evidência em que o pegar na criança e o contacto físico reduzem a quantidade do choro em 50% entre um e os três meses de idade da criança, mas não alteram as crises de choro às cinco semanas de idade.

A gestão das cólicas infantis varia entre as famílias e entre os profissionais de saúde e não há evidência sobre os produtos utilizados para o seu controlo. Numa revisão de estudos randomizados, publicados até Outubro de 2007, sobre o tratamento das cólicas, Cohen-Silver e Ratnapalan (2009) identificaram vários tratamentos: alteração de dieta, tratamentos farmacológicos, tratamentos alternativos (probióticos, glucose, fórmulas de ervas), manipulação da coluna e modificação do comportamento. Os estudos evidenciaram efetividade na mudança de dieta para a criança ou para a mãe, consoante a criança era alimentada com leite artificial ou materno. Houve também evidência nos tratamentos alternativos, mas que os autores não recomendam, porque não foram especificados os efeitos adversos. Os tratamentos farmacológicos, manipulação e massagem não se evidenciaram efetivos.

Também numa revisão de estudos controlados randomizados, Perry, Hunt e Ernst (2011) avaliaram os suplementos alimentares e o uso de tratamentos complementares e alternativos nas cólicas infantis. Os resultados de oito estudos com qualidade metodológica encorajavam o uso de extrato de erva-doce e chá de ervas e soluções de

açúcar, mas, pelas limitações das avaliações, o seu uso continua a não ser suportado pela evidência.

O uso de probióticos também é reclamado por Savino e Tarasco (2010) que descrevem recentes avanços na compreensão da patogenia da cólica infantil. No entanto, baseado na efetividade das intervenções, o Joanna Briggs Institute (JBI) (2008) considera sem efeito o uso de produtos químicos, nomeadamente simeticone, o uso de leite de soja, a eliminação do leite de vaca da dieta da mãe que amamente, os suplementos de lactase e a dieta rica em fibra. A nível de intervenções comportamentais, considera sem efeito o uso de suporte de criança, simulação de passeio de carro e foco nos conselhos aos pais. Considera com possíveis prejuízos outras intervenções terapêuticas com anticolinérgicos e metilescopolamina e a utilização de chás de ervas.

O mesmo autor propõe um algoritmo de atuação e recomenda intervenções que foram avaliadas como efetivas e que se descrevem:

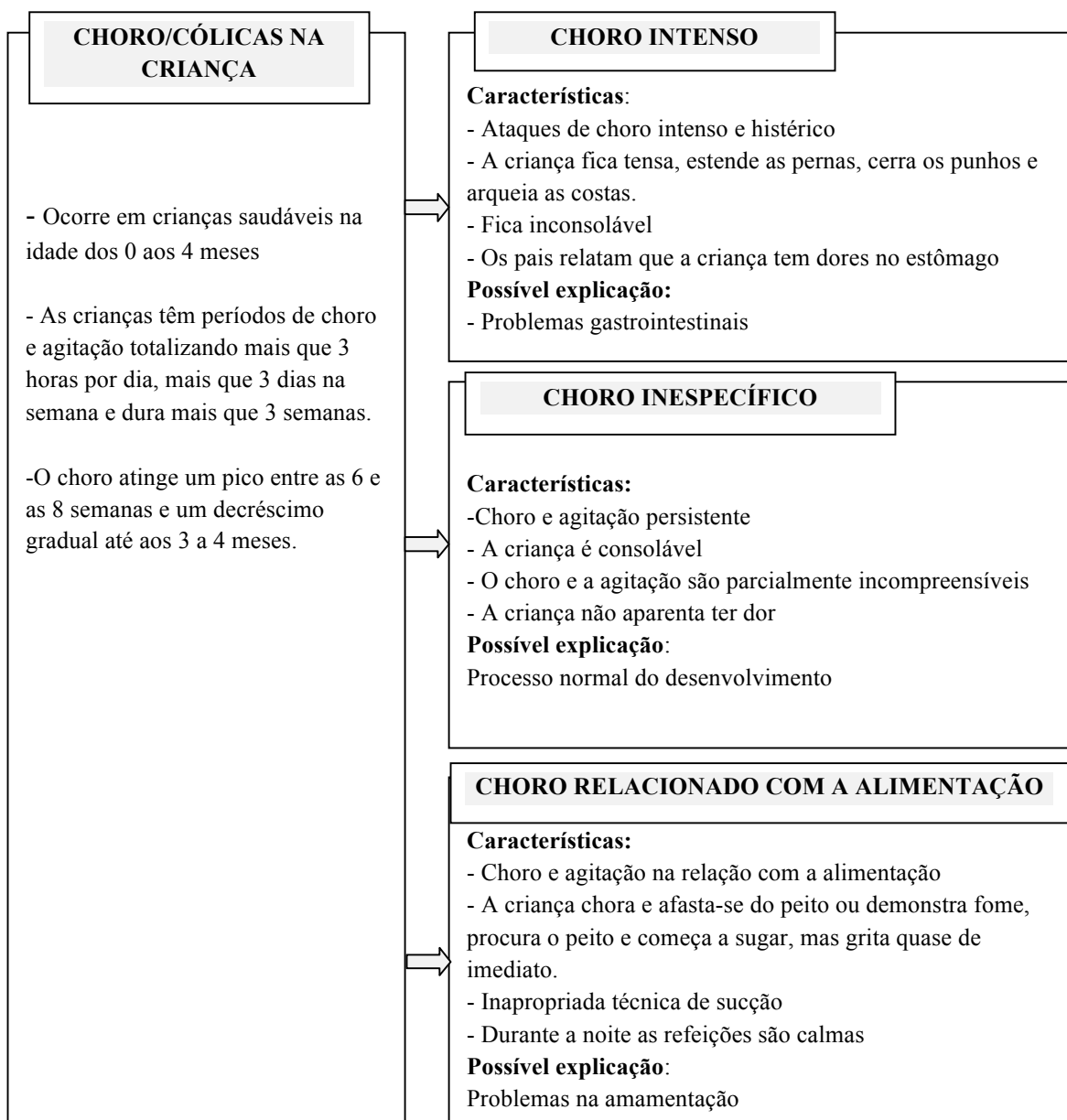
- Avaliação da criança para eliminar outros possíveis problemas
- Excluir a existência de outras causas de choro: avaliar a dieta da criança, existência de refluxo, o padrão de sono, o padrão de eliminação intestinal e urinária, situação de saúde e situação social dos pais.
- Reconhecer e evidenciar o esforço dos pais para cuidarem da criança e reconhecer o sentimento de desamparo que eles podem sentir com o sofrimento desta.
- Encorajar os pais a procurarem apoio familiar para descansarem e a manterem contacto telefónico com os profissionais de saúde.
- Propor intervenção na dieta com o objetivo de reduzir ou eliminar alérgenos que poderão estar no leite de vaca da dieta da criança e ovos, trigo e nozes da dieta da mãe.
- Consciencializar os pais das estratégias de conforto, como acalmar, embalar, pegar, massajar o abdómen e elevar suavemente as pernas da criança.

Na modificação do comportamento dos pais, Cohen-Silver e Ratnapalan (2009) evidenciaram um estudo de efetividade sobre a intervenção de enfermagem com visita domiciliária que diminuiu significativamente o stresse dos pais em relação à cólica da criança.

Pela dificuldade de diagnóstico perante as crises de choro e perante o relato de cólicas pelos pais, Helseth e Begnum (2002) desenvolveram uma estrutura para descrever a cólica na criança e auxiliar no diagnóstico de enfermagem (Fig.1.2). Nesta figura são

apresentadas três categorias de choro que diferem mais nas características do que na quantidade - o choro intenso, o inespecífico e o relacionado com a alimentação.

Figura 1.2: Cólicas da criança descritas pela quantidade e qualidade do choro



Fonte: Adaptado de Helseth e Begnum (2002), p. 677

### ***Disciplina positiva***

Nesta dimensão os estudos visaram, essencialmente, a instrução dos pais sobre a importância e necessidade de disciplina da criança e sobre as habilidades disciplinares

para uma efetiva disciplina e para diminuir os problemas de externalização do comportamento da criança.

Nesta diminuição e na prevenção de problemas no relacionamento dos pais com a criança, evidenciaram-se efetivas as intervenções de ensino aos pais de habilidades disciplinares (afastamento, respostas consistentes, interação positiva, reforço positivo), ensino sobre o uso das regras consistentes em vários locais que devem ser aplicadas por todos os cuidadores da criança e ensino sobre as formas de interação com a criança (Barlow et al., 2008; CDC, 2009). De acordo com os primeiros autores, este ensino deverá ser complementado com guias antecipatórios que evidenciaram efetividade na disciplina.

Para o CDC (2009), as habilidades disciplinares são úteis para a interação com a criança e para o seu desenvolvimento futuro, havendo diferenças no comportamento das crianças entre os filhos dos pais que receberam este ensino e os de pais que não o receberam.

### **1.3.3.3. Estratégias de intervenção**

As revisões dos estudos também têm identificado as estratégias de intervenção para melhorar as competências parentais e para promover a saúde e o desenvolvimento da criança.

As estratégias mais comuns, e para as quais existem alguns estudos da sua efetividade, são as visitas domiciliárias, as sessões formativas individuais e em grupo, as orientações escritas, os livros, os meios audiovisuais e o diálogo interativo.

#### ***Visita domiciliaria***

A visita domiciliaria é uma estratégia comum a vários programas, mas a American Academy of Pediatrics (2009) adverte que ela deve ser apropriada aos vários contextos e aos diferentes focos. Os modelos de visita são diversos, mas têm componentes comuns como a gestão de casos para ligação aos serviços da comunidade, a construção das competências para os pais, a educação do desenvolvimento da criança e a melhoria da saúde materna. O mesmo autor refere que os estudos revelam forte evidência de efetividade na prevenção dos maus tratos infantis quando a visita é feita por enfermeiros, mas sem efeito quando são usados visitantes não profissionais. Os benefícios no desenvolvimento e saúde da criança são menos claros e a evidência é inconsistente.

A efetividade descrita por este autor resulta de uma meta análise de estudos publicados nos Estados Unidos e na Europa que evidenciam que as visitas com modelos apropriados têm os seguintes benefícios:

- Promovem as competências parentais e a qualidade do ambiente em casa.
- Melhoram problemas do comportamento da criança, incluindo problemas do sono.
- Promovem o desenvolvimento intelectual das crianças, especialmente as de baixo peso e de déficit de crescimento.
- Melhoram a trajetória da vida materna, tais como o emprego e a educação.
- Reduzem a frequência de maus tratos involuntários e a prevalência de acidentes em casa.
- Identificam e acompanham a depressão no pós-parto.
- Melhoram a ligação entre a criança e os seus pais.
- Promovem o apoio social para os pais.
- Prolongam o tempo de amamentação.

Olds et al. (2007) também referem a necessidade das visitas serem estruturadas em relação à população alvo e aos focos de intervenção e acrescentam que há necessidade de contacto suficiente com as famílias para as mudanças ocorrerem e que o maior sucesso das visitas realizadas pelos enfermeiros se deve ao seu valor persuasivo, resultante do maior nível de aceitação do seu papel pelas famílias.

As visitas domiciliárias dependem dos programas e das famílias, não havendo evidência para determinar a sua frequência. Um estudo experimental, realizado com mães pela primeira vez de famílias de baixo risco do Nordeste da Irlanda, não evidenciou diferenças ao nível das dificuldades na parentalidade determinadas pelo efeito da frequência das visitas domiciliárias realizadas por enfermeiros. Neste estudo, nas oito semanas após o parto, foram oferecidas seis visitas ao grupo em estudo e uma ao grupo de controlo. Os resultados, apenas, indicaram um acréscimo na satisfação das mães e um decréscimo no uso de serviços de urgência até às oito semanas da criança (Christie & Bunting, 2010).

### ***Guias antecipatórios e informação escrita***

Os guias antecipatórios consistem na prestação de orientações preventivas pelos profissionais de saúde nos serviços de saúde (Barlow et al., 2008). De acordo com o estudo destes autores, os guias antecipatórios e as instruções escritas podem ser efetivas

na promoção de melhores padrões de sono, redução do stresse e aumento da confiança dos pais durante os primeiros dois meses de vida. Para as questões do temperamento das crianças deverá ser acrescida uma sessão de discussão para os pais compreenderem melhor a sua criança.

Os guias antecipatórios também melhoram as rotinas de deitar a criança, do banho e do sono e aumentam os hábitos de leitura dos pais para as crianças.

Os materiais escritos como intervenção isolada não são suportados pela evidência para a promoção da amamentação (Barlow et al., 2008).

### ***Sessões formativas***

Para avaliar o efeito na saúde da criança de sessões educativas estruturadas a nível individual ou em grupo e dirigidas a pais nos primeiros dois meses da criança, uma revisão da literatura até final de 2007 incluiu catorze estudos. A medição do efeito somente pôde ser analisada num estudo do sono, em que a educação sobre o sono aumentou os seus períodos. No entanto, os autores concluíram que são necessários mais estudos para confirmar este efeito e que os benefícios dos programas de educação para a saúde da criança permanecem obscuros (Gagnon & Bryanton, 2009).

As sessões formativas também foram valorizadas por Mercer e Walker (2006) como resultado de uma revisão da literatura sobre intervenções de enfermagem para promoção do tornar-se mãe e em que o ensino era mais efetivo se fosse focado na criança. A evidência do efeito na competências dos pais por eles praticarem com as próprias crianças durante as sessões formativas também foi encontrado na meta análise do CDC (2009).

No mesmo estudo de revisão Mercer e Walker (2006) concluíram que as mães preferem ensinamentos em que possam colocar questões a vídeos em que as instruções gerais têm pouco efeito no comportamento materno mais tarde. As intervenções educacionais individualizadas foram efetivas no nível de conhecimentos das mães. No entanto, as curtas intervenções não foram efetivas na promoção da autoconfiança e da competência materna, mas a disponibilidade para o apoio teve moderada relação com a autoconfiança. Esta disponibilidade e o ensino individualizado na iniciação da amamentação levaram as mães a terem mais leite do que as mães que receberam cuidados de rotina. Este resultado foi associado à ocorrência de menos stresse.

Barlow et al. (2008) também referem que a evidência suporta o uso de sessões formativas para a promoção da amamentação, mas sugerem que estas devem ser em grupo, com componente interativa e fazendo uso das experiências de mães que amamentem e que se voluntariem para o efeito.

### ***Livros e meios audiovisuais***

Uma revisão da literatura sobre os programas que utilizam estes meios de comunicação (livros, vídeos e cassetes de áudio) evidencia um impacto moderado no comportamento da criança, sendo a efetividade aumentada com a adição em duas horas da intervenção de um profissional. Nas situações de crianças com problemas de comportamento, a intervenção, na modelação do comportamento dos pais com o vídeo, exige treino focado nos aspetos específicos da criança e apoio continuado (incluindo telefonemas personalizados) (Barlow et al., 2008).

Os mesmos autores também concluíram da efetividade do uso de vídeo na interação mãe-criança, não havendo evidência para a melhoria da ligação. Este vídeo, efetuado por um profissional com dez minutos de interação entre o cuidador e o bebé, foi usado para determinar exemplos de interação positiva entre os pais e as crianças.

A distribuição de livros e de música também são métodos efetivos para promoção do desenvolvimento cognitivo da criança. Os mesmos autores identificaram um estudo em que a partilha de livros, canções e música produziram melhorias nas competências cognitivas (incluindo verbalização, linguagem e compreensão dos números) e na auto estima das crianças na idade dos três aos cinco anos.

### ***Diálogo interativo pais-enfermeiros***

No apoio aos pais, Mercer (2006) realça a importância de um diálogo interativo entre os enfermeiros e as mães que não pode ser substituído pelos materiais educativos. Este inicia com a identificação e compreensão dos seus conceitos, dificuldades, necessidades e dos recursos disponíveis entre a família, amigos e comunidade. De acordo com os interesses das mães pode ser disponibilizada assistência através de grupos de apoio, visitas de enfermagem, serviços sociais, acompanhamento médico e referenciais apropriados. Outra forma de impulsionar a confiança da mãe a cuidar da sua criança é disponibilizar apoio de informação e de *feedback* das suas competências parentais e da maneira como interage com a sua criança (Mercer, 2006).

A interação enfermeira – cliente como terapêutica interativa está associada a um acréscimo positivo de competência materna em populações de alto risco, mulheres de baixo recursos e com baixo apoio social e adolescentes. Esta intervenção foi realizada por enfermeiras especialmente treinadas e com competência para trabalhar com a população em estudo (Mercer & Walker, 2006)

#### 1.4. SINTESE DO CAPÍTULO

A parentalidade positiva é vista como um processo que visa o melhor interesse da criança, em que o termo positivo reforça o uso de emoções positivas, do respeito pelas crianças e pelos pais e o objetivo de otimizar o desenvolvimento, autoestima e autoconfiança das crianças. Isto pressupõe um comportamento parental de amor, alegria e relacionamento positivo com a criança, para assegurar o seu desenvolvimento com reconhecimento pelo seu valor, com fixação de limites, sem violência e com reforços positivos.

Os pais são os principais responsáveis pelo desenvolvimento da criança pelo que necessitam de competência para responder às necessidades físicas, saúde e segurança da criança e para otimizar o seu desenvolvimento com uma comunicação e disciplina positivas. Cada dimensão exige o desenvolvimento de atividades fundamentais e o desempenho de um papel que é evolutivo e em constante mudança.

Consequentemente, neste estudo, a parentalidade é sistematizada como um processo de transição de desenvolvimento do papel parental, tendo por base a estrutura das transições proposta por Meleis et al. (2000). Esta estrutura orienta as intervenções de enfermagem para dois grupos de variáveis: as que operacionalizam a natureza da transição e as que determinam condições facilitadoras ou inibidoras do processo de transição.

Em relação à sua natureza, o processo tem propriedades do exercício como a consciência das mudanças e o compromisso dos pais com o processo, o tempo da transição, as responsabilidades dos pais no exercício e os pontos críticos no exercício.

Os pais têm de planear as suas ações e regular o seu comportamento de acordo com o que acreditam e conhecem e com o que é necessário fazerem. Este processo começa com a conceção e continua através dos primeiros anos de vida da criança, sendo, neste estudo, considerados os primeiros três anos de vida, porque é um período importante na vida do ser humano, com aquisições sequenciais, que têm de ser acompanhadas e estimuladas.

As responsabilidades dos pais pressupõem o desenvolvimento de um conjunto de atividades para otimizar o desenvolvimento da criança e têm períodos e situações de maior e menor dificuldades e de maior e menor confiança. Nos primeiros meses, a

adaptação à criança, a alimentação, o sono, o choro e, mais tarde, as questões ligadas ao comportamento e aos limites são questões que ocupam os pais e que têm de ser respondidas ao mesmo tempo que é dada primazia à comunicação positiva e à estimulação da criança.

As características da criança e dos pais e os recursos de apoio são condições que facilitam ou inibem o processo. O temperamento e as variáveis biológicas são características da criança descritas como influenciando a parentalidade, assim como as variáveis biológicas e socioeconómicas e os conhecimentos que caracterizam os pais.

Os recursos de apoio podem ser formais ou informais. No apoio informal assumem extrema importância os familiares e os amigos e no formal os profissionais de saúde e, especificamente, o enfermeiro.

O enfermeiro desenvolve estas funções de apoio integrado em equipas de saúde num contexto jurídico-institucional em constante mudança e, essencialmente, em centros de saúde e hospitais que são instituições públicas do Serviço Nacional de Saúde.

Em Portugal existe um programa tipo de atuação na saúde infantil da Direção Geral de Saúde e a nível mundial são desenvolvidos muitos programas que visam capacitar os pais para melhor desenvolverem o seu papel. Em muitos destes programas o enfermeiro tem um papel de liderança ou de colaboração a nível da conceção do programa e da sua implementação.

Os programas são fundamentados pela sua necessidade, por abordagens teóricas, recomendações baseadas na evidência científica e devem ser cuidadosamente desenhados com vários componentes e várias estratégias de implementação. Devem ser dirigidos a uma população que necessite, queira e possa beneficiar do serviço e o planeamento das intervenções deve ser totalmente centrado no interesse dos pais e das crianças.

O conhecimento da natureza do exercício da parentalidade positiva e a sua relação com as condições que o facilitam ou inibem permitem identificar a necessidade destes programas e direcionar as intervenções de enfermagem. Consequentemente, estão na base de três estudos realizados e apresentados nos próximos capítulos. O primeiro e segundo estudo, apresentados no segundo e terceiro capítulo, identificam a necessidade de intervenção de enfermagem e o terceiro, apresentado no quarto capítulo, delinea essa intervenção.

## **CAPÍTULO 2**

### **ESTUDO DE CARACTERIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA**

O exercício da parentalidade positiva, caracterizado com base na estrutura das transições, compreende variáveis da natureza da transição e das condições de transição. Estas variáveis têm particularidades culturais e contextuais, pelo que os estudos publicados de outros países não traduzem a realidade do fenómeno em análise, o que justifica um estudo exploratório para a sua compreensão.

Este estudo é descrito neste capítulo e pretende caracterizar o exercício da parentalidade positiva centrando-se na consciencialização e compromisso dos pais na optimização do desenvolvimento da criança, nas dificuldades e facilidades do exercício e nas respostas às situações de maior dificuldade.

As dificuldades são situações de vulnerabilidade e pontos críticos que requerem a atenção de enfermagem e as facilidades são potencialidades a considerar.

Inicia-se o capítulo com a definição dos objetivos, especificam-se os materiais e métodos utilizados, apresentam-se os resultados e termina-se com uma síntese dos principais resultados.

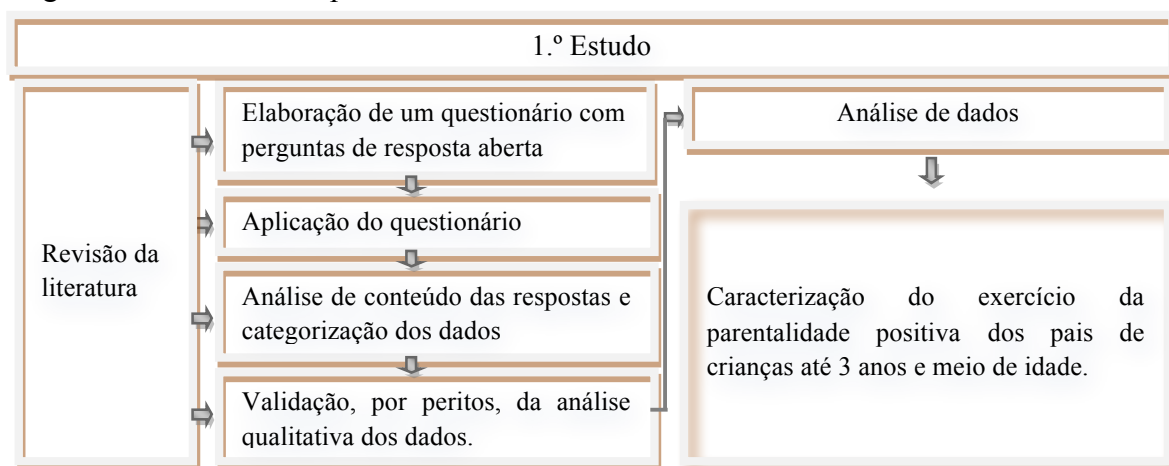
## 2.1. MATERIAL E MÉTODOS

Para caracterizar as variáveis da natureza e das condições da transição desenhou-se um estudo exploratório que é esquematizado na figura 2.1 a partir dos seus objetivos.

### 2.1.1. OBJETIVOS

- Identificar as propriedades do exercício da parentalidade através das dificuldades, facilidades e crenças dos pais de crianças até três anos e meio de idade.
- Identificar as condições do exercício da parentalidade dos pais de crianças até 3 anos e meio de idade, através das respostas dos pais às situações de maior dificuldade e da crença na importância do seu papel.

Figura 2.1: Estrutura do primeiro estudo



### 2.1.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo foi composta pelos pais ou cuidadores das crianças até três anos e meio de idade que recorreram aos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Leiria para a vacinação ou para a consulta de saúde infantil nos meses de novembro e dezembro de 2008 e janeiro de 2009. Embora o estudo se refira aos três primeiros anos da criança foram incluídos os pais de crianças até aos três anos e meio de idade, por o estudo ser retrospectivo e estar mencionado no instrumento de colheita de dados que estes eram referentes aos três primeiros anos da criança.

A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística de conveniência (Burns & Grove 2004) baseada na acessibilidade aos respondentes que recorreram ao Centro de Saúde num determinado período e que correspondiam aos critérios de inclusão no estudo.

Dos critérios de inclusão constaram:

- Ser mãe, pai ou cuidador (quando no exercício do papel parental) de uma criança com menos de três anos e meio de idade que recorreu ao Centro de Saúde para vacinação ou para consulta de saúde infantil.
- O questionário ser aplicado apenas a um cuidador quando a criança era acompanhada por mais do que um.

Critérios de exclusão:

- Ser mãe, pai ou cuidador de uma criança com um episódio de doença aguda ou crónica. De acordo com Meleis (2007), a doença é um tipo de transição situacional que exige uma adaptação específica na parentalidade.
- Já ter respondido ao questionário.

A amostra ficou constituída por 106 participantes (88 mães e 18 pais) que livremente aceitaram responder ao questionário.

### 2.1.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Sendo a parentalidade uma ação que traduz as responsabilidades de ser pai ou mãe (ICN, 2005) e esta ação exigir respostas que se desenvolvem num processo de mudança (Meleis, 2007), operacionalizou-se o exercício de parentalidade pelas dificuldades, facilidades, opinião sobre a importância deste exercício, as ações a realizar para o desenvolvimento da criança e a resolução das situações de dificuldade. Nesta base foi elaborado um questionário composto por quatro grupos de questões (Anexo 1).

O primeiro grupo incluiu sete questões relativas às variáveis sociodemográficas:

- Grau de parentesco com a criança: questão de resposta mista sendo fechada para a resposta que indicava ser pai ou mãe e aberta para especificar outra situação.
- Residência: questão de resposta fechada com três opções - cidade, vila ou aldeia.
- Estado civil: questão de resposta fechada com quatro opções de resposta – casado/união de facto, solteiro, divorciado ou viúvo.
- Situação de empregabilidade: questão de resposta fechada dicotómica - empregado ou desempregado.
- Idade: questão de resposta aberta para especificar a idade do participante.

- Idade da criança: questão de resposta aberta para especificar a idade da criança.
- Existência de outros filhos/outras crianças: questão de resposta mista com uma primeira resposta fechada dicotômica (sim e não) e com especificação do número de crianças para a resposta que indicava a sua existência.

O segundo grupo procurou caracterizar as dificuldades e foi composto por quatro questões de resposta aberta, em que cada participante especificava livremente o que entendesse. As questões foram as seguintes:

- Quais foram as maiores dificuldades sentidas a cuidar da sua criança?
- Em que idade da criança é que essas dificuldades mais ocorreram?
- Em que situação, momento ou ocasião foi mais difícil cuidar da sua criança e porquê?
- Como resolveu as situações?

O terceiro grupo de questões procurou caracterizar as facilidades e foi composto por duas questões de resposta aberta:

- Em que idade da criança sentiu que era mais fácil cuidar dela?
- Em que situação, momento ou ocasião foi mais fácil cuidar da criança e porquê?

O quarto grupo de questões referiu-se à opinião sobre a importância do exercício da parentalidade no desenvolvimento da criança e foi composto por duas questões:

- Indique a importância que atribui ao seu papel de pai, mãe ou cuidador durante os três primeiros anos de vida da criança para permitir um desenvolvimento físico, social, psíquico e intelectual da criança apropriado. Questão de resposta fechada que tinha cinco opções de resposta: extrema importância, muita importância, alguma importância, pouca importância, nenhuma importância.
- Acções a realizar ou atitudes a tomar que como pai, mãe ou cuidador acredita serem importantes para ajudar a criança a crescer e a desenvolver-se durante os primeiros anos de vida. Questão de resposta aberta em que cada participante especificava livremente o que entendesse.

#### 2.1.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Com o objetivo de testar a pertinência das questões que compunham o questionário, foram consultados quatro peritos: um professor doutorado, um professor da área de enfermagem em saúde comunitária, um professor da área de enfermagem em saúde infantil e um enfermeiro especialista em saúde comunitária.

Após a introdução das sugestões dos peritos foi solicitada, junto do Coordenador da Sub-Região de Saúde de Leiria, autorização para aplicação dos questionários nos 17 Centros de Saúde do Distrito de Leiria onde os alunos do 3.º e 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem se encontravam em Ensino Clínico de Saúde Comunitária (Anexo 2).

Após autorização, foram colhidos dados nos dias 10 e 11 de novembro de 2008 a elementos da mesma população para testar a compreensão das questões e identificar necessidade de correção. Depois de introduzidas as alterações, considerou-se o instrumento definitivo, iniciando-se a colheita de dados que decorreu de 15 de novembro de 2008 até 31 de janeiro de 2009. Houve retorno de 112 questionários, mas não foram considerados dois referentes a familiares que não desempenhavam o papel parental e quatro que foram preenchidos pelas amas.

Os participantes foram inquiridos pelos estudantes que, de forma voluntária, se disponibilizaram para o efeito. Os estudantes frequentavam o último semestre do terceiro e do quarto anos da Licenciatura em Enfermagem e não tinham qualquer ligação com o investigador. Foi-lhe proporcionada uma orientação conjunta com apresentação dos objetivos do estudo, dos critérios de seleção da amostra, do instrumento de colheita de dados, dos procedimentos éticos a considerar na recolha de dados e dos seguintes critérios de preenchimento do questionário:

- As respostas dos inquiridos reportavam-se à criança que os acompanhava.
- As perguntas eram feitas pelo estudante e as respostas eram escritas exatamente como eram relatadas. Depois eram lidas ao inquirido para ele confirmar se correspondia à sua mensagem.

As enfermeiras chefe dos Centros de Saúde foram implicadas no estudo para orientarem o processo de colheita de dados, testemunharem a voluntariedade dos inquiridos e para se responsabilizarem pelo encaminhamento dos casos que necessitassem de respostas imediatas.

O questionário não tinha perguntas que expusessem socialmente os inquiridos, mas o anonimato e a confidencialidade dos dados foram assegurados por não haver quaisquer dados que identificassem a pessoa.

Na identificação de dificuldades que exigissem atuação imediata era pedido consentimento ao inquirido para o encaminhamento para os profissionais que tivessem competência para responderem a essas dificuldades.

### 2.1.5. TRATAMENTO DOS DADOS

Para o tratamento das questões de resposta aberta foi utilizada a técnica de análise de conteúdo organizada em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados (Bardin, 2004).

Iniciou-se com a constituição de um *corpus*, com três campos, formado pelo conjunto das comunicações resultantes das respostas abertas aos três grupos de questões, com a possibilidade da informação de um grupo de questões conter elementos de outro grupo.

A análise partiu das propriedades do texto com recorte a nível semântico podendo a unidade de registo ser uma frase simples ou composta. Para as regras de enumeração foram consideradas a frequência das unidades de registo e a presença ou ausência dos indicadores através da contagem dos participantes que os expressaram.

Através de procedimentos analíticos, as unidades de registo foram agrupadas e classificadas em subcategorias, segundo o sentido dos elementos de significação das mensagens, e distribuídas em categorias, obedecendo aos critérios de homogeneidade, exclusividade, objetividade, adequação ou pertinência.

Na nomeação das subcategorias procurou-se, sempre que possível, utilizar termos da taxionomia internacional para a prática de enfermagem (ICN, 2005) e na nomeação das categorias teve-se por base o pressuposto teórico da estrutura de transição (Meleis et al., 2000), separando as subcategorias referentes ao exercício da parentalidade das subcategorias referentes aos fatores facilitadores ou inibidores desse exercício.

Para o controlo da validade e da fidelidade da codificação, de acordo com Amado (2000) e Elo e Kyngas (2008), recorreu-se a dois peritos neste tipo de análise. Os dois eram doutorados e um era detentor do título de especialista em saúde infantil e pediátrica. Foi elaborado um documento com o sistema de categorias e com as definições e solicitada uma categorização de uma amostra aleatória do *corpus* documental. As divergências entre as codificações dos peritos e as do investigador foram resolvidas através da reflexão falada, como defendem Graneheim e Lundman (2004).

Os dados do primeiro grupo de questões foram sujeitas a uma análise quantitativa através do programa de tratamento estatístico – *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* – versão 16.0 para *Windows* e foram utilizadas medidas de estatística descritiva para a apresentação dos dados.

## 2.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 2.2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A tabela 2.1 descreve as características dos participantes no estudo e onde se visualiza que a amostra foi constituída por 88 mães e 18 pais, com uma média de idades de 32, 75 anos (DP= 5,80), sendo a maioria casados, empregados, residentes na vila e com um filho.

A idade das mães situou-se entre os 19 e os 46 anos com uma média de 32,56 anos e a idade dos pais situou-se entre os 18 e os 40 anos, sendo a média 32,06 anos. Dos 7 solteiros, 5 eram mães e 2 pais. Dos 25 desempregados, 20 eram mães e 5 eram pais.

Em três situações em que as crianças foram acompanhadas pelo casal foi entrevistado o pai.

Tabela 2.1: Dados sócio demográficos da amostra do primeiro estudo

Variáveis de caracterização	Participantes					
	n.º	%	Xmin	Xmax	Media	DP
Sexo (N= 106)						
Feminino (Mães)	88	83,00				
Masculino (Pais)	18	17,00				
Estado civil (N=106)						
Casado/união facto	97	91,50				
Solteiro	7	6,60				
Divorciado	2	1,90				
Idade em anos (N=98)			18	46	32,75	5,80
<30	24	24,49				
≥30 e <40	64	65,31				
≥40	10	10,20				
Empregabilidade (N=106)						
Empregado	81	76,42				
Desempregado	25	23,58				
Residência (N=106)						
Cidade	11	10,38				
Vila	55	51,89				
Aldeia	40	37,73				
Número de filhos (N=106)						
1	50	47,17				
2	35	33,02				
3	18	16,98				
4	3	2,83				

Os dados disponibilizados pelos participantes no estudo foram referentes a 106 crianças com idades compreendidas entre zero meses e os três anos e meio e em que a moda e a mediana se situaram nos 15 meses (Tabela 2.2).

Tabela 2.2: Idades das crianças a que correspondem os dados

Idade em meses	Crianças (N=106)	
	n.º	%
Até 6 meses	17	16,03
Dos 6 – 12 meses	6	5,66
Dos 12 – 18 meses	57	53,77
Dos 18 – 24 meses	10	9,43
Dos 24 – 36 meses	9	8,49
Mais que 36 meses	7	6,60

## 2.2.2. DIFICULDADES NO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE

### Existência de dificuldades

Nas respostas à pergunta se sentiram dificuldade em cuidar dos filhos, 76,42% dos participantes mencionaram pelo menos uma dificuldade e 23,58% não sentiram dificuldades (Tabela 2.3).

Tabela 2.3: Distribuição da amostra por mães e pais em função de sentirem ou não dificuldades no exercício da parentalidade

Participantes	Dificuldades			
	Sim		Não	
	n.º	%	n.º	%
<b>N=106</b>	<b>81</b>	<b>76,42</b>	<b>25</b>	<b>23,58</b>
Mãe (n=88)	68	77,27	20	22,73
Pai (n=18)	13	72,22	5	27,78

### Categorias e subcategorias das dificuldades

As unidades de registo referentes às dificuldades mencionadas pelos pais foram agrupadas em doze subcategorias e estas em quatro categorias: Papel parental, fatores da criança, fatores dos pais e falta de recursos. Estas categorias e subcategorias estão descritas na tabela 2.4 e especificam-se seguidamente com a indicação das unidades de registo.

### *Papel Parental*

Nesta categoria foi incluída a informação relacionada com o desempenho do papel parental, em resposta às necessidades da criança, agrupada em cinco subcategorias.

A subcategoria *nas necessidades físicas da criança* inclui informação de 33 participantes, 50 unidades de enumeração e cinco unidades de registo: falta de experiência para cuidar do filho (17), dúvidas na amamentação (12), comportamento da criança na amamentação (11), introdução de novos alimentos (7) e adormecer a criança (3).

A subcategoria *na doença e mau estar da criança* incluiu informação de 36 participantes, 44 unidades de enumeração e três unidades de registo: impotência perante a situação de doença da criança (19), resposta às manifestações de cólicas e obstipação da criança (17) e identificação de sintomas de doença na criança (8)

A subcategoria *no choro da criança* inclui informação de 19 participantes, 21 unidades de enumeração e duas unidades de registo: interpretação do choro da criança (13) e resposta ao choro da criança (8).

A subcategoria *adaptação à parentalidade* inclui informação de 19 pais, 21 unidades de enumeração e três unidades de registo: adaptação às alterações do sono (9), adaptação à criança (8) e sobrecarga do trabalho parental (4).

A subcategoria *no desenvolvimento da criança* inclui a informação de 7 participantes, 7 unidades de enumeração e três unidades de registo: estabelecimento de regras à criança (4), desconhecimento do desenvolvimento da criança (2) e compreensão da criança (1).

### *Fatores da criança*

Esta categoria, subdividida em duas subcategorias, inclui a informação de 16 participantes que se referia apenas à criança e com 23 unidades de enumeração.

A subcategoria *problemas no sono* inclui informação de 11 participantes, 13 unidades de enumeração e duas unidades de registo: horário do sono (10) e dificuldade em dormir (3).

A subcategoria *comportamento da criança* inclui informação de 6 participantes, 10 unidades de enumeração e duas unidades de registo: com birras e teimosa (6) e irrequieta (4).

### *Fatores dos pais*

Esta categoria, subdividida em 2 subcategorias incluiu informação de 14 participantes e 15 unidades de enumeração que expressam dificuldades relacionadas apenas com a mãe, pois não houve dificuldades relacionadas com o pai.

A subcategoria *problemas de saúde da mãe* inclui informação de 7 participantes e 7 unidades de enumeração e duas unidades de registo: doença da mãe (3) e inferioridade física e psicológica após o parto (4).

A subcategoria *acumulação com atividade profissional* inclui informação de 8 participantes, 8 unidades de enumeração e uma unidade de registo coincidente com a subcategoria.

### *Falta de recursos*

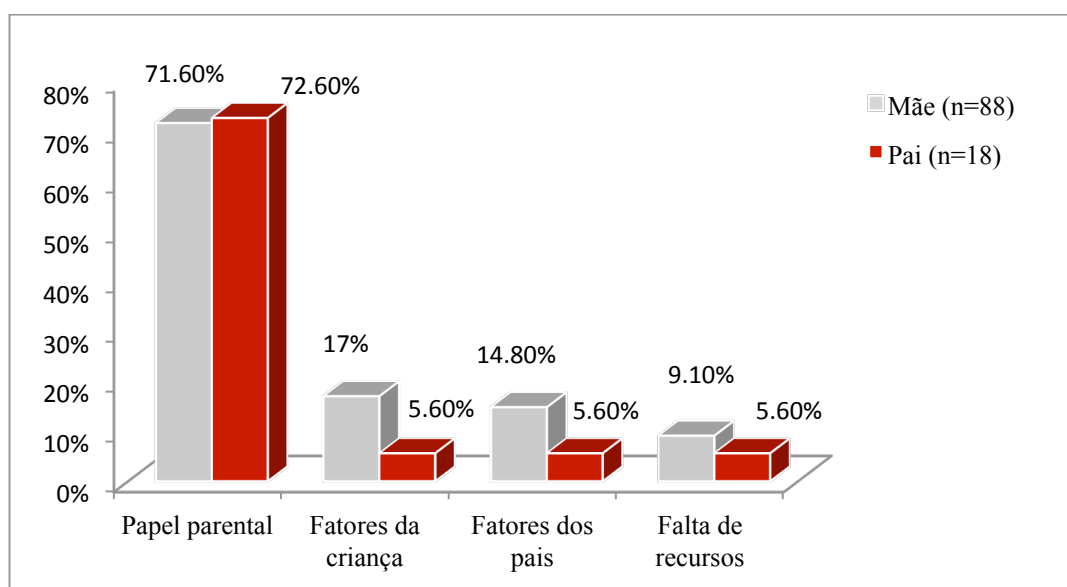
Esta categoria inclui informação, relacionada com os recursos económicos e de apoio, de 9 participantes com 11 unidades de enumeração agrupadas em três unidades de registo: falta de apoio familiar (6), falta de recursos económicos (3) e falta de apoio da entidade patronal (2).

Tabela 2.4: Frequências dos participantes e de unidades de enumeração por categorias e subcategorias das dificuldades no exercício da parentalidade (N=106)

Categorias e subcategorias	Participantes	Unidades de enumeração
	(N=106)	(Total=192)
	n.º	n.º
<b><i>Papel parental</i></b>	<b>76</b>	<b>143</b>
Nas necessidades físicas da criança	33	50
Na doença e mau estar da criança	36	44
No choro da criança	19	21
Na adaptação ao exercício da parentalidade	19	21
No desenvolvimento da criança	7	7
<b><i>Fatores da criança</i></b>	<b>16</b>	<b>23</b>
Problemas no sono	11	13
Comportamento da criança	6	10
<b><i>Fatores dos pais</i></b>	<b>14</b>	<b>15</b>
Problemas de saúde da mãe	7	7
Acumulação com atividade profissional	8	8
<b><i>Falta de recursos</i></b>	<b>9</b>	<b>11</b>
Apoio familiar	6	6
Recursos económicos	3	3
Apoio entidade patronal	2	2

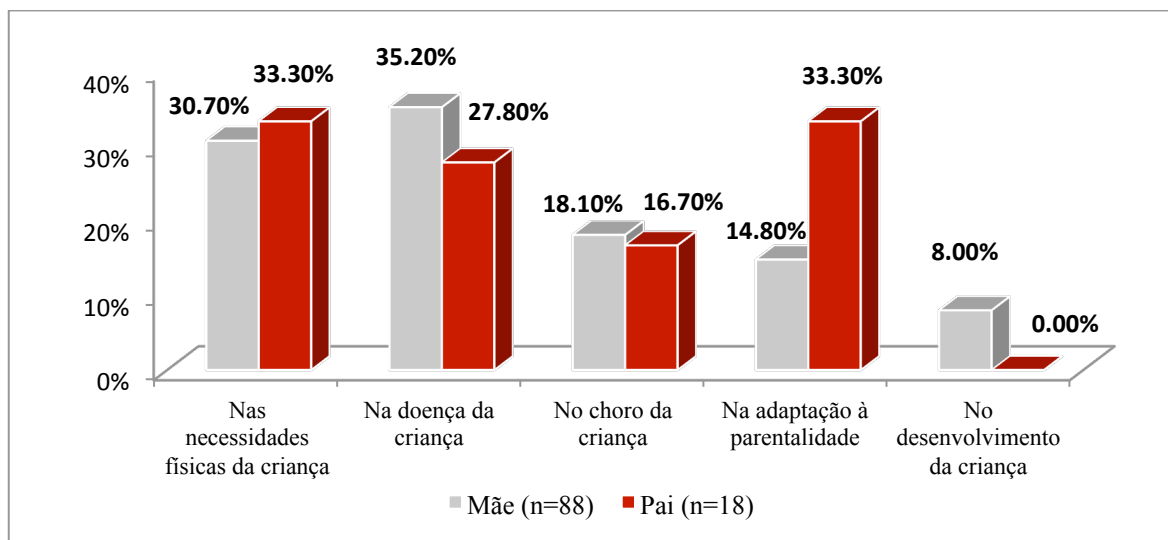
Pela representação gráfica das percentagens de mães e pais que sentiram dificuldades por categorias, verifica-se que na categoria *papel parental* foi onde a maior percentagem de mães (71,60%) e de pais (72,60%) referiram dificuldades (Gráfico 2.1)

Gráfico 2.1: Percentagens de mães e pais por categorias das dificuldades no exercício da parentalidade



O gráfico 2.2 especifica a percentagem de mães e pais que sentiram dificuldades nas subcategorias da categoria *papel parental*. Visualiza-se que na subcategoria *na doença da criança* foi onde mais mães sentiram dificuldades (35,20%) e nas subcategorias *nas necessidades físicas da criança* e *na adaptação à parentalidade* foram as subcategorias onde mais pais sentiram dificuldades (33,30%). Na subcategoria *no desenvolvimento da criança*, apenas, as mães (8%) manifestaram dificuldades.

Gráfico 2.2: Percentagem de mães e pais por subcategorias da categoria papel parental das dificuldades no exercício da parentalidade



### Idade da criança em que ocorreram as dificuldades

A tabela 2.5 evidencia as dificuldades em três períodos etários das crianças e que resultaram dos participantes que manifestaram dificuldades e indicaram a idade da criança em que as mesmas ocorreram (N=83).

O período até aos seis meses da criança foi onde mais participantes (59) manifestaram dificuldades, seguido do período a partir dos 12 meses (13).

Tabela 2.5: Frequências dos participantes por categorias e subcategorias de dificuldades no exercício da parentalidade em função da idade da criança em que estas ocorreram

Categorias e subcategorias	Participantes que manifestaram dificuldades (N=83)		
	Até aos 6 meses n=59	Dos seis aos 12 meses n=11	A partir dos 12 meses n=13
<b><i>Papel parental</i></b>	<b>44</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
Nas necessidades físicas da criança	18	6	4
Na doença e mau estar da criança	22	4	4
No choro da criança	11	3	1
Na adaptação à parentalidade	12	1	3
No desenvolvimento da criança	4	1	0
<b><i>Fatores da criança</i></b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Problemas no sono	7	0	1
Comportamento da criança	2	0	0

(continua)

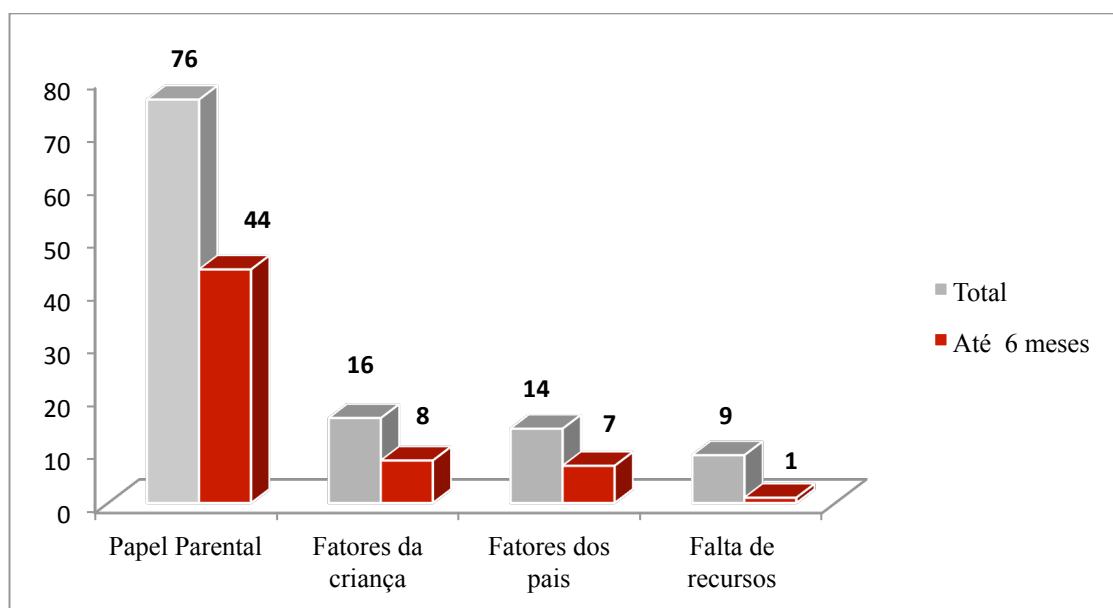
Tabela 2.5: Frequências dos participantes por categorias e subcategorias de dificuldades no exercício da parentalidade em função da idade da criança em que estas ocorreram (continuação)

Categorias e subcategorias	Participantes que manifestaram dificuldades (N=83)		
	Até aos 6 meses n=59	Dos seis aos 12 meses n=11	A partir dos 12 meses n=13
<b>Fatores dos pais</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Problemas de saúde da mãe	3	2	1
Acumulação com atividade profissional	4	2	1
<b>Falta de recursos</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Recursos económicos	0	0	0
Apoio familiar	1	1	1
Apoio entidade patronal			1

O gráfico 2.3 evidencia o número de pais que manifestaram a ocorrência de dificuldades nos primeiros 6 meses de vida da criança (Tabela 2.5) e o total das dificuldades manifestadas nos primeiros três anos de vida da criança (Tabela 2.4).

Embora a moda e mediana da idade das crianças a que correspondem os dados seja 15 meses, a maioria dos participantes (44) manifestaram a ocorrência de dificuldades nos primeiros 6 meses de vida da criança.

Gráfico 2.3: Frequências dos participantes por categorias de dificuldades no exercício da parentalidade em função destas ocorrerem até aos 6 meses de idade da criança e na totalidade dos 3 anos.



## **Situações, momentos ou ocasiões de maior dificuldade no exercício da parentalidade**

Das 88 mães e 18 pais participantes, 72,72% mães (64) e 61,11% pais (11) mencionaram, pelo menos, uma situação difícil no exercício da parentalidade. A tabela 2.6 descreve as categorias e subcategorias dessas situações, o número de participantes que as mencionaram e as unidades de enumeração.

A categoria dos *fatores da criança* foi onde mais participantes (38) mencionaram situações de maior dificuldade, mas no *papel parental* foi a categoria onde houve mais situações enumeradas (48).

### *Papel parental*

Esta categoria inclui informação de 34 participantes referente a situações relacionadas com o desenvolvimento de atividades para responder às necessidades da criança e integra três subcategorias.

A subcategoria *nas necessidades físicas da criança* inclui informação de 18 participantes, 23 unidades de enumeração e quatro unidades de registo: na amamentação (8), falta de experiência para cuidar (7), cuidar do bebé pela sua fragilidade (5) e na alimentação da criança (3).

A subcategoria *no choro da criança* inclui informação de 14 participantes, 22 unidades de enumeração e duas unidades de registo: não saber o que fazer no choro (15) e não saber interpretar o choro (7).

A subcategoria *no desenvolvimento da criança* inclui informação de 2 participantes e uma unidade de registo – compreensão da criança – com 3 unidades de enumeração.

### *Fatores da criança*

Esta categoria inclui informação de 38 participantes referente às dificuldades relacionadas com as características da criança dissociadas das atividades de resposta às necessidades da criança. Integra 40 unidades de enumeração e 3 subcategorias.

A subcategoria *problemas de saúde da criança* inclui 26 unidades de enumeração e duas unidades de registo: quando a criança está doente (23) e quando vomita (3).

A subcategoria *comportamento da criança* inclui 10 unidades de enumeração e duas unidades de registo: quando está irrequieta (7) e quando tem birras (3).

A subcategoria *no sono da criança* inclui 4 unidades de enumeração e uma unidade de registo: criança não dormir de noite.

### *Fatores dos pais*

Esta categoria incluiu informação de 10 participantes e indica dificuldades dos pais dissociadas das atividades de resposta às necessidades da criança. Integra 2 subcategorias.

A subcategoria *problemas de saúde da mãe* tem 7 unidades de enumeração e duas unidades de registo: inferioridade física pós-parto (4) e doença no pós-parto (3).

A subcategoria atividade profissional tem 3 unidades de enumeração e duas unidades de registo: início da atividade profissional (2) e horário de trabalho prolongado (1)

### *Falta de recursos*

Esta categoria inclui informação relacionada com a falta de apoio e integra 2 subcategorias (*falta de apoio familiar* e *falta de apoio patronal*) e duas unidades de registo: ausência do marido (1) e incompreensão da entidade empregadora em relação aos horários (1).

Tabela 2.6: Frequências dos participantes e das unidades de enumeração pelas categorias e subcategorias das situações, momentos ou ocasiões de maior dificuldade no exercício da parentalidade.

Categorias e subcategorias	Participantes (N=106)	Unidades de enumeração (Total=100)
	n.º	n.º
<b>Papel parental</b>	<b>34</b>	<b>48</b>
Nas necessidades físicas da criança	18	23
No choro da criança	14	22
No desenvolvimento da criança	2	3
<b>Fatores da criança</b>	<b>38</b>	<b>40</b>
Problemas de saúde da criança	24	26
Comportamento da criança	10	10
No sono da criança	4	4
<b>Fatores dos pais</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
Problemas de saúde da mãe	7	7
Acumulação com atividade profissional	3	3
<b>Falta de recursos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Falta de apoio do marido	1	1
Falta de apoio patronal	1	1

## Como os pais resolveram as situações de maior dificuldade

A nomeação das categorias resultantes da análise das respostas a esta questão do questionário teve como referência a definição de *coping* e o modelo de categorização proposto pelos autores (Folkman & Lazarus, 1980; Folkman & Moskowitz, 2004).

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), ao conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com dificuldades específicas, internas ou externas, que surgem em situações de stresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os seus recursos pessoais define-se como *coping*. Folkman e Lazarus (1980) propõem um modelo que divide o *coping* em duas categorias funcionais: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção. O *coping* focalizado na emoção é definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao stresse com a função de reduzir a sensação física desagradável de um estado de stresse. O *coping* focalizado no problema consiste num esforço para actuar na situação que deu origem ao stresse, tentando mudá-la, com a função de alterar o problema existente. Neste *coping* está incluído a procura de apoio, mas, para muitos autores, esta estratégia pode ser separada, pois o apoio procurado pode ser instrumental ou emocional (Folkman & Moskowitz, 2004).

Consequentemente, a informação foi agrupada em três categorias por se ter separado a procura de apoio das respostas centradas no problema (Tabela 2.7).

### *Procura de apoio*

Esta categoria inclui informação de 41 participantes referente a ações que indicam procura de apoio. Integra 65 unidades de enumeração e três unidades de registo: *apoio de profissionais de saúde* (42), *apoio de familiares* (20) e *outros apoios* (3).

O apoio de profissionais de saúde foi referido por 31 participantes e inclui a procura do apoio do médico, de enfermagem, serviços de saúde, farmacêutico, e linhas de apoio (saúde 24, Dói dói trim trim e 112). O apoio de familiares inclui o apoio do cônjuge, familiares, avós, tios e irmãos. Os outros apoios incluem as linhas de ajuda não profissionais disponíveis *online*, a procura de informação *online* e contratação de uma empregada doméstica.

### *Respostas centradas no problema*

Esta categoria inclui informação de 25 participantes que referiram ações para resolução do problema. Integra 40 unidades de enumeração e seis unidades de registo:

*resposta às situações de cólicas (10), disponibilizar tempo e atenção ao filho (9), proteger dos perigos (7), resposta às dificuldades na alimentação (6), inculcar regras (4) e resposta à criança não dormir (4).*

#### *Respostas centradas nas emoções*

Esta categoria inclui ações de 20 participantes que são dirigidas para a regulação do estado emocional ou para incorporar novas informações percebidas com a experiência. Integra 30 unidades de enumeração e quatro unidades de registo: *autocontrolo* (ações que traduziam uma opção pelo bem estar do próprio participante, como “tendo calma”) (10), *adaptação à situação* (quando havia disposição para gerir novas situações, como “adaptando-me à situação”) (8), *assimilação* (quando havia expressão de ganhos de informação com a experiência para responder a novas situações, como “fui ganhando experiência”) (7) e *dar tempo para resolução* (a situação era ignorada esperando-se que passasse com o tempo, como “esperei que as situações se resolvessem por si”) (5).

Tabela 2.7: Frequências dos participantes e das unidades de enumeração pelas categorias das respostas às situações problemáticas.

Categorias	Participantes (N=75)	Unidades de enumeração (Total=135)
	n.º	n.º
Procura de apoio	41	65
Respostas centradas no problema	25	40
Respostas centradas nas emoções	20	30

### 2.2.3. FACILIDADES SENTIDAS NO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE

#### **Idade da criança em que foram sentidas mais facilidades**

A tabela 2.8 apresenta os resultados à pergunta do questionário sobre a idade da criança em que os participantes sentiram mais facilidade no exercício da parentalidade.

Dos 86 participantes que responderam, 7 referiram o 1.º mês e 20 até aos 6 meses. Dos restantes, 25 excluíram os primeiros meses e 34 excluíram o primeiro ano de idade.

Tabela 2.8: Frequências dos participantes por período etário da criança em que foi mais fácil o exercício da parentalidade

Período etário da criança	Participantes (N=86)
	n.º
No 1.º mês	7
Até aos 6 meses	20
A partir 1-3 meses	10
A partir dos 4-6 meses	5
Dos 6 aos 12 meses	10
A partir dos 12 meses	29
A partir dos 24 meses	5

### Situações de facilidade no exercício da parentalidade

Dos 106 participantes, 64 referiram situações fáceis no exercício da parentalidade, 15 disseram que foi sempre fácil e 1 referiu que nunca foi fácil.

Na descrição das situações de facilidade por categorias, verifica-se que, 36 referiram situações de facilidade por fatores da criança, 29 referiram situações do papel parental, 5 referiram situações por fatores dos pais e 3 referiram situações de recursos de apoio (tabela 2.9).

#### *Fatores da criança*

Esta categoria, subdividida em três subcategorias, inclui 43 unidades de enumeração que descrevem características da criança.

A subcategoria *situações de comportamento mais fácil* inclui seis unidades de registo, em que quando não se movimentava (6), quando está calma e sossegada (6) e quando a criança interage (5) são as mais enumeradas.

A subcategoria *durante o sono da criança* inclui 17 unidades de enumeração e duas unidades de registo: quando a criança dorme bem (10) e durante o período em que está a dormir (7).

#### *Papel parental*

Esta categoria, subdividida em duas subcategorias, inclui informação de 29 participantes e 32 unidades de enumeração, sendo 28 relacionadas com a facilidade em responder às necessidades físicas da criança e 4 com a facilidade em compreender a criança.

A subcategoria *quando foi fácil responder às necessidades físicas da criança* inclui quatro unidades de registo: na alimentação (14), na amamentação (7), no banho (6) e quando não amamentava (1).

A subcategoria *quando compreendia a criança* inclui uma unidade de registo de compreensão da criança.

#### *Fatores dos pais*

Esta categoria inclui informação de 5 participantes relacionada com a *disponibilidade de tempo e ausência de doença da mãe*.

#### *Existência de recursos*

Esta categoria inclui informação de 3 participantes relacionada com o apoio familiar.

Tabela 2.9: Frequências dos participantes e das unidades de enumeração por categorias e subcategorias das situações, momentos ou ocasiões de facilidade no exercício da parentalidade

Categorias e subcategorias	Participantes (N=106)	Unidades de enumeração (Total=83)
	n.º	n.º
<b><i>Fatores da criança</i></b>	<b>36</b>	<b>43</b>
Em situações de comportamento mais fácil	19	23
Durante o sono da criança	17	17
Situações de bem-estar da criança	3	3
<b><i>Papel parental</i></b>	<b>29</b>	<b>32</b>
Quando foi fácil responder às necessidades físicas da criança.	25	28
Quando compreendia a criança	4	4
<b><i>Fatores dos pais</i></b>	<b>5</b>	<b>5</b>
Quando tinha disponibilidade de tempo.	4	4
Na ausência de doença da mãe	1	1
<b><i>Existência de recursos</i></b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Ter apoio familiar	3	3

### **Justificação dos pais para as facilidades no exercício da parentalidade**

Embora somente 64 participantes tivessem identificado situações de facilidade, dos 106 inquiridos, 83 deram justificações para as facilidades em cuidar da criança. Estas foram agrupadas nas categorias e subcategorias descritas na tabela 2.10 e especificadas de seguida.

### *Fatores da criança*

Esta categoria inclui justificações de um maior número de participantes (56) e tem o maior número de unidades de enumeração (106), sendo 99 na subcategoria *padrão de comportamento da criança* que integra oito unidades de registo: sossegada e calma (32), dorme bem (15), alimenta-se bem (11), ausência de choro (11), mais autónoma (11), pouco exigente (10), mais interativa (5) e obediente (4).

A outra subcategoria refere-se à criança ser saudável com 7 unidades de enumeração e duas unidades de registo: ausência de doença (4) e crescimento saudável (3).

### *Papel parental*

Esta categoria integra 51 unidades enumeradas por 34 participantes, sendo 35 unidades na subcategoria *facilidade na resposta às necessidades físicas da criança* que integra quatro unidades de registo: ter mais experiência a cuidar (24), facilidade na preparação das refeições (5), facilidade em amamentar (4), e por amamentar (2).

A outra subcategoria refere-se à *fase do desenvolvimento da criança considerada mais fácil* para 20 participantes e com 16 unidades de enumeração e duas unidades de registo: melhor compreensão da criança (11) e mais fácil de controlar (5).

### *Fatores dos pais*

Esta categoria integra informação de 10 participantes e 11 unidades de enumeração relacionadas com a *disponibilidade para cuidar da criança* (9) e o *poder dormir* (2).

### *Existência de recursos*

Categoria com 5 unidades enumeradas por 3 participantes e relacionadas com o *apoio de avós e outros familiares* (3) e com o *apoio do marido* (2).

Tabela 2.10: Frequência dos participantes e das unidades de enumeração por categorias e subcategorias da justificação para as facilidades no exercício da parentalidade.

Categorias e subcategorias	Participantes (N=106)	Unidades de enumeração (Total=173)
	n.º	n.º
<b><i>Fatores da criança</i></b>	<b>56</b>	<b>106</b>
Padrão de comportamento da criança	54	99
Criança saudável	6	7
<b><i>Papel parental</i></b>	<b>34</b>	<b>51</b>
Facilidade nas respostas às necessidades físicas da criança	20	35
Fase do desenvolvimento da criança mais fácil	15	16
<b><i>Fatores dos pais</i></b>	<b>10</b>	<b>11</b>
Disponibilidade para cuidar da criança	9	9
Poder dormir	2	2
<b><i>Existência de recursos</i></b>	<b>3</b>	<b>5</b>
Apoios dos familiares	3	5

#### 2.2.4. IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE

Todos os participantes reconheceram a importância do exercício da parentalidade para o desenvolvimento da criança, em que 79,10% dos participantes lhe atribuiu extrema importância, 20% muita importância e apenas 0,9% alguma importância.

#### **Ações para o desenvolvimento da criança**

A tabela 2.11 apresenta os resultados da pergunta do questionário sobre as ações ou atitudes que os participantes acreditavam serem importantes para o desenvolvimento da criança.

Os 106 participantes que constituíram a amostra referiram 292 ações que foram agregadas em cinco categorias nomeadas com termos da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (ICN, 2005) de acordo com o sentido do conteúdo: *atender a criança* (114), *educação da criança* (67), *estimular a criança* (64), *comportamentos de procura de saúde* (40) e *preparação para a parentalidade* (7).

Assim, de acordo com a definição destes termos a categoria *atender a criança* inclui subcategorias de ações de *estar presente* (47), *relacionar-se afetivamente com a criança* (38) e *apoiar a criança* (29).

A categoria *educação da criança* inclui subcategorias com ações de *satisfazer as necessidades físicas da criança* (24) *educar* (20), *estabelecer limites* (14), *socializar*, (6) e *relacionar-se com a creche* (3). Na subcategoria *necessidades físicas da criança* 14

unidades de enumeração são referentes a uma alimentação correta e a subcategoria *estabelecer limites* inclui algumas ações punitivas como “impor regras e limites”, “repreender” e “pôr de castigo”.

A categoria *estimular a criança* inclui 2 subcategorias com ações de *partilhar as atividades com a criança* e de *promover experiências à criança*.

A categoria *comportamentos de procura de saúde* inclui 4 subcategorias com ações e atitudes que visam assegurar a saúde da criança e onde se inclui a utilização dos serviços de saúde.

A categoria *preparação para a parentalidade* inclui uma subcategoria com ações que visam a aquisição de conhecimentos para o exercício da parentalidade como a aquisição de informação e a frequência de sessões formativas.

Tabela 2.11: Frequências dos participantes e das unidades de enumeração por categorias e subcategorias de ações para o desenvolvimento da criança.

Categorias e subcategorias	Participantes	Unidades de
	(N=106)	enumeração
	n.º	(Total=292)
	n.º	n.º
<b>Atender a criança</b>	<b>61</b>	<b>114</b>
Estar presente	37	47
Relacionar-se afetivamente	25	38
Apoiar a criança	25	29
<b>Educação da criança</b>	<b>40</b>	<b>67</b>
Satisfazer as necessidades físicas da criança	17	24
Educar	16	20
Estabelecer limites	11	14
Socializar	5	6
Relacionar-se com a Creche	2	3
<b>Estimular a criança</b>	<b>40</b>	<b>64</b>
Partilhar as atividades com a criança	36	56
Promover/ proporcionar experiências à criança	8	8
<b>Comportamentos de procura de saúde</b>	<b>26</b>	<b>40</b>
Prevenir a doença na criança	11	11
Promover o bem-estar da criança	9	11
Utilizar serviços de saúde	7	11
Adotar medidas de segurança	3	4
<b>Preparação para a parentalidade</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
Aquisição de conhecimentos para desenvolvimento do papel parental	3	7

O gráfico 2.4 representa a percentagem de pais e mães que referiram ações que consideravam importantes para o desenvolvimento da criança em cada categoria.

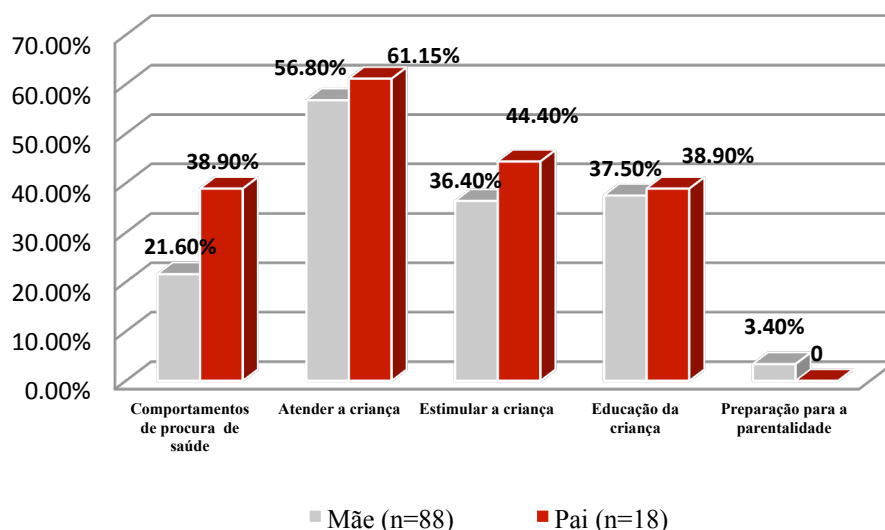
A categoria *atender a criança* é a que inclui ações de maior percentagem de participantes, tanto mães (56,80%) como pais (61,15%).

Para os pais seguiram-se as ações de *estimular a criança* (44,40%), de *educação da criança* (38,90%) e de *comportamentos de procura de saúde* (38,90%).

Para as mães seguiram-se as ações da categoria *educação da criança* (37,50%), *estimular a criança* (36,40%) e *comportamento de procura de saúde* (21,60%).

A categoria *preparação para a parentalidade* inclui ações mencionadas só por mães e com baixa percentagem (3,40%).

Gráfico 2.4: Percentagem de mães e pais por categorias das ações que eles consideram importantes para o desenvolvimento da criança.



### 2.3. SÍNTESE DO CAPÍTULO

Neste capítulo caracterizou-se o exercício da parentalidade positiva por pais de crianças até três anos, considerado um processo de transição com uma estrutura que teve como referencial a teoria de médio alcance de Meleis et al. (2000).

Com o objetivo de identificar as propriedades e as condições facilitadoras do exercício da parentalidade, realizou-se um estudo exploratório com uma amostra não probabilística de 88 mães e 18 pais de crianças até três anos e meio de idade que recorreram a Centros de Saúde do Distrito de Leiria.

Os dados foram colhidos por um questionário com quatro grupos de questões, sendo três de resposta aberta para caracterizar as dificuldades, as facilidades e a importância atribuída pelos pais ao exercício da parentalidade.

Os resultados provenientes da análise temática da informação indicaram que 68 mães e 13 pais sentiram pelo menos uma dificuldade e alguns procuraram apoio dos profissionais de saúde para a sua resolução. As dificuldades ocorreram principalmente no papel parental e foram relacionadas com as necessidades da criança (em que a amamentação e a falta de experiência foram as unidades de registo com maior frequência), a doença da criança, o choro da criança, a adaptação à parentalidade e ao desenvolvimento da criança.

Houve elementos comuns às dificuldades e às facilidades e relacionados com as características das crianças, com a experiência dos participantes e com os recursos de apoio.

Todos os participantes reconheceram a importância do exercício da parentalidade para o desenvolvimento da criança. No entanto, apenas, alguns especificaram ações de educação e estimulação da criança como importantes para esse exercício.

O enfermeiro é um profissional que pode ajudar os pais na adoção de estratégias de *coping* para as situações de maior dificuldade, na preparação para o desenvolvimento das funções inerentes ao exercício e na ligação aos recursos de apoio.

Por esta razão, é importante um maior conhecimento das áreas em que há necessidade de intervenção, pois as baixas frequências em algumas categorias e a ausência de informação noutras não asseguram a sua definição.

## **CAPÍTULO 3**

### **ESTUDO DE AVALIAÇÃO DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA**

Os resultados do primeiro estudo evidenciam que os pais têm consciência da importância do seu exercício para otimizar o desenvolvimento da criança, mas as ações propostas não são elucidativas das suas competências e do compromisso e conhecimento de todas as dimensões dessas competências. O estudo, também, identifica situações de dificuldade e de facilidade dependentes de fatores relacionados com as crianças, com os pais e com os recursos de apoio.

Estas variáveis caracterizam a natureza e as condições do exercício da parentalidade positiva e são sensíveis aos cuidados de enfermagem. A sua avaliação permite diagnosticar as necessidades de apoio de enfermagem e é o objetivo do estudo, apresentado neste capítulo, que tem como variáveis as descritas na figura 3.1.

Esta figura indica o exercício da parentalidade positiva como a natureza desta transição e centra-se num conjunto de atividades da responsabilidade dos pais e desenvolvidas em resposta às necessidades da criança e em interação com esta. As características dos intervenientes (pais e crianças) e dos recursos de apoio são condições facilitadoras ou inibidoras.

Para a avaliação do exercício da parentalidade positiva consideraram-se duas variáveis: a autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades dos pais nesse exercício. A autoperceção da confiança é um indicador do processo, pois traduz um julgamento dos pais das suas capacidades e o nível de compreensão das diferentes etapas do processo (Meleis et al., 2000) e determina os esforços que colocam no exercício (Bandura, 1989).

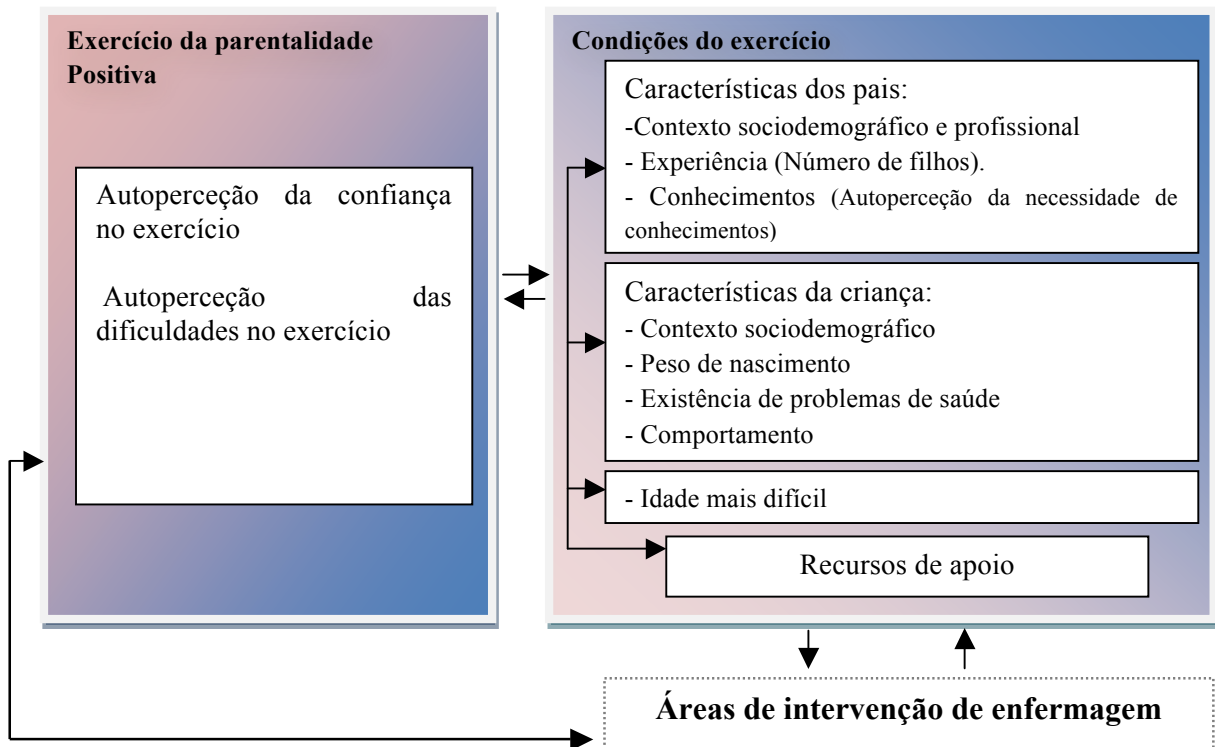
De acordo com a Teoria Social Cognitiva de Bandura (1989), as pessoas desenvolvem percepções acerca das suas próprias habilidades e características que, subsequentemente, guiam o seu comportamento na determinação do que tentam atingir.

A avaliação destas percepções permite identificar áreas onde é necessário apoiar.

As dificuldades são pontos críticos desse processo que requerem atenção de enfermagem, pelo que a autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva pelos pais permite direcionar o apoio.

As variáveis das condições do exercício resultam do estudo anterior e dos quadros conceptuais dos diversos autores: Meleis et al. (2000) nas condições da transição e Belsky (1984) nos determinantes para as diferenças individuais na parentalidade.

Figura 3.1: Estrutura com as variáveis do segundo estudo



Fonte: Adaptado e modificado de Meleis et al. (2000:17)<sup>1</sup>

Este capítulo integra o relatório deste estudo, especificando os materiais e métodos utilizados, os resultados encontrados e termina com uma síntese do capítulo.

<sup>1</sup> Autorizado pelos autores (Anexo 3)

<sup>2</sup> Acedido a em <http://www.gov-civil-leiria.pt/portal/>

### **3.1. MATERIAL E MÉTODOS**

O diagnóstico da necessidade de apoio aos pais é feito a partir da avaliação do exercício da parentalidade positiva realizada através de um estudo correlacional, pois é o tipo de estudo para determinar as relações entre as variáveis num grupo de participantes (Burns & Grove, 2004; Fortin, 2009). Para a sua operacionalização, especifica-se a metodologia orientada pelos objetivos.

#### **3.1.1 OBJETIVOS**

- Avaliar o exercício da parentalidade positiva (autopercepção da confiança e das dificuldades) dos pais de crianças até três anos e meio, através de escalas construídas e validadas para o efeito.

- Avaliar as características do comportamento da criança percebidas pelos pais de crianças até 3 anos e meio de idade, através de escala construída e validada para o efeito.

- Identificar as características sociodemográficas, peso de nascimento e existência de problemas de saúde das crianças.

- Identificar a idade da criança em que ocorrem mais dificuldades no exercício da parentalidade positiva dos pais de crianças até três anos e meio

- Identificar as características sociodemográficas e profissionais dos pais de crianças até 3 anos e meio de idade.

- Avaliar a necessidade de conhecimentos para a parentalidade positiva dos pais de crianças até 3 anos e meio de idade através de escala construída e validada para o efeito

- Avaliar os recursos de apoio que os pais tiveram no exercício da parentalidade positiva, através de uma escala construída e validada para o efeito.

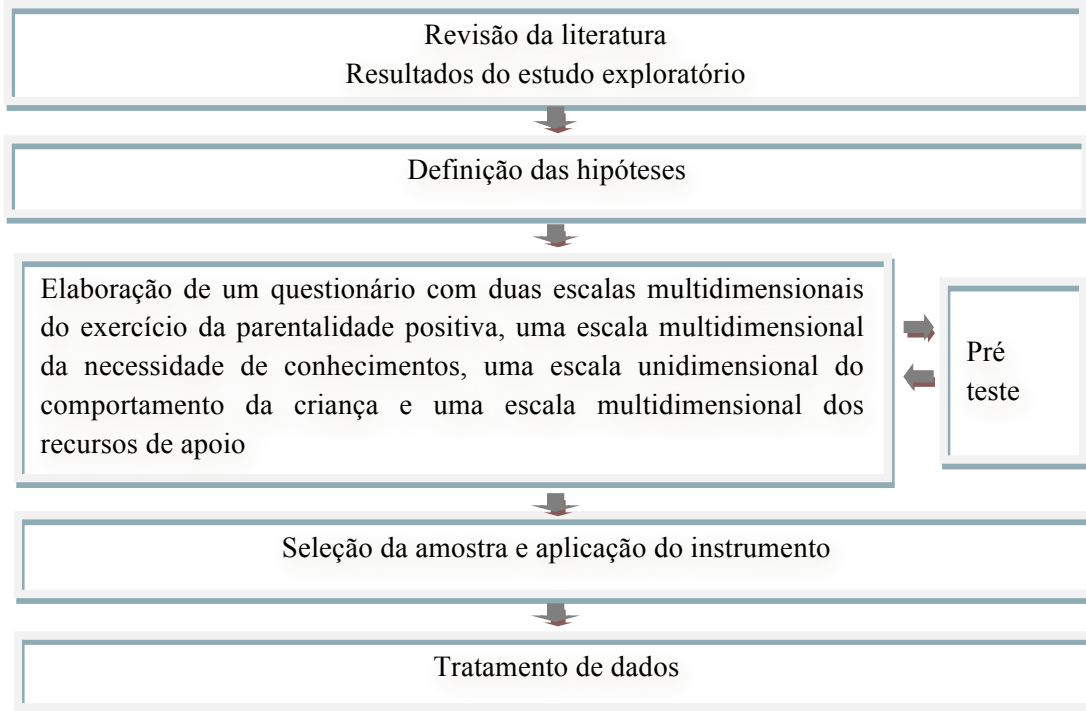
- Identificar os recursos de apoio que os pais necessitavam e não tiveram no exercício da parentalidade positiva.

- Relacionar os recursos de apoio, características da criança e características dos pais com o exercício da parentalidade positiva.

- Determinar as variáveis explicativas das diferenças no exercício da parentalidade positiva (autopercepção da confiança e das dificuldades) dos pais de crianças até três anos e meio.

Para a prossecução destes objetivos estruturou-se este estudo que foi desenvolvido de acordo com o especificado na figura 3.2

**Figura 3.2:** Estrutura metodológica do segundo estudo



### 3.1.2. HIPÓTESES

O exercício da parentalidade tem condições facilitadoras e inibidoras onde se inserem as características dos pais, das crianças e dos recursos de apoio. Consequentemente, a partir do enquadramento teórico e para a prossecução dos objetivos, construíram-se as seguintes hipóteses:

H1: Existem correlações estatisticamente significativas entre o exercício da parentalidade positiva (autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades) e a autoperceção da necessidade de conhecimentos para esse exercício dos pais de crianças até três anos e meio de idade e a idade dos mesmos.

H2: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o exercício da parentalidade positiva (autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades) dos pais de crianças até três anos e meio de idade e o seu sexo e nível de escolaridade, sua empregabilidade, remuneração familiar e residência e o terem um ou mais filhos.

H3: Existem correlações estatisticamente significativas entre o exercício da parentalidade positiva (autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades) dos pais de crianças até três anos e meio de idade e o comportamento e a idade da criança.

H4: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o exercício da parentalidade positiva (autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades) dos pais de crianças até três anos e meio de idade e a existência de problemas de saúde da criança e o peso de nascimento.

H5: Existem correlações estatisticamente significativas entre o exercício da parentalidade positiva (autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades) dos pais de crianças até três anos e meio de idade e os recursos de apoio que tiveram.

### 3.1.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os pais de crianças dos três meses aos três anos e meio de idade do Distrito de Leiria constituíram a população alvo deste estudo. Por este ser retrospectivo permitiu, com estes participantes, recolher dados referentes aos três primeiros anos da criança como mencionado no instrumento de colheita.

A amostra foi recolhida da população dos pais de crianças que frequentavam creches nos vários Concelhos do Distrito de Leiria no ano de 2010; dos pais de crianças que recorriam aos Centros de Saúde do mesmo Distrito, no período de junho a outubro de 2010 e pais de crianças do Distrito de Leiria que respondessem ao questionário disponibilizado *online*.

O Distrito de Leiria, com sede em Leiria, é constituído por 16 concelhos (figura 3.3) e 148 freguesias. Na actual divisão do país, encontra-se integrado na Região Centro, distribuindo-se os seus municípios pelas sub-regiões do Oeste, Pinhal Litoral e Pinhal Interior Norte. A sua população residente em 2006 era de 477967 habitantes, sendo o concelho de Leiria o mais populoso (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2010).

O Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2010) estima que a relação entre a população dos zero aos três anos e a população total em 2008 era em Leiria de 2,50% a 2,77%. Este resultado aproxima-se do número dos nascimentos ocorridos. Durante os anos de 2007, 2008 e 2009 ocorreram um total de 12737 nados vivos de pais residentes no Distrito.

Figura 3.3: Concelhos do Distrito de Leiria e Distritos limítrofes



Fonte: Adaptado de Governo Civil do Distrito de Leiria 2009<sup>2</sup>

A creche é uma resposta social de natureza socioeducativa, privada ou cooperativa para crianças dos três meses aos três anos e é regulada e fiscalizada pela Segurança Social (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2010). As crianças, posteriormente, passam para o jardim-de-infância, ingressando na educação pré-escolar. Como este ingresso acontece no início do ano lectivo, muitas crianças ficam na creche até aos três anos e meio de idade.

De acordo com o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2010), havia 111 creches no Distrito de Leiria. Através das páginas amarelas, endereços electrónicos das Câmaras Municipais e de entidades informantes, foram identificados endereços de 50 creches nos diversos Concelhos. A estas, solicitou-se autorização para a recolha de dados para este estudo, obtendo-se resposta de 30 creches.

Após distribuição de 2750 questionários pelas creches e centros de saúde dos diversos concelhos, foram devolvidos, devidamente preenchidos, 1011 questionários por pais que, assim, constituíram a amostra.

A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística de conveniência (Burns & Grove, 2004) baseada na acessibilidade aos pais que tinham filhos nas creches ou que

<sup>2</sup> Acedido a em <http://www.gov-civil-leiria.pt/portal/>

recorreram aos centros de saúde, que responderam ao pedido e que correspondiam aos critérios de inclusão no estudo.

Critérios de inclusão:

- Ser mãe ou pai de uma criança com mais de três meses e menos de três anos e meio de idade e residente no Distrito de Leiria.

Critérios de exclusão:

- Ser mãe ou pai de uma criança que recorra ao Centro de saúde por um episódio de doença.
- Já ter respondido ao questionário.

A tabela 3.1 descreve os nados vivos em três anos e os participantes no estudo por concelho do distrito de Leiria. Verifica-se que a percentagem de distribuição dos participantes da amostra por concelho foi equivalente à percentagem dos nascimentos, com exceção do Concelho de Caldas da Rainha, em que a amostra (3,95%) é proporcionalmente menor que os nascimentos (11,16%) e Porto de Mós em que a amostra (14,74%) é proporcionalmente maior que os nascimentos ocorridos (5,39%).

Tabela 3.1: Nados vivos em 2007, 2008 e 2009, por concelhos do Distrito de Leiria e número de pais participantes no estudo por Concelho de residência.

Concelhos	Nados vivos em 3 anos <sup>a</sup>		Pais participantes	
	n.º	%	n.º	%
Alcobaça	1403	11,02	201	19,88
Alvaiázere	147	1,15	10	0,99
Ansião	292	2,29	11	1,09
Batalha	458	3,60	60	5,93
Bombarral	320	2,51	13	1,29
Caldas da Rainha	1421	11,16	40	3,95
Castanheira de Pera	53	0,42	1	0,10
Figueiró dos Vinhos	117	0,92	10	0,99
Leiria	3695	29,00	217	21,46
Marinha Grande	1104	8,67	105	10,39
Nazaré	437	3,43	28	2,77
Óbidos	281	2,21	25	2,47
Pedrógão	64	0,50	9	0,89
Peniche	831	6,52	56	5,54
Pombal	1428	11,21	76	7,52
Porto de Mós	686	5,39	149	14,74
<b>Total</b>	<b>12737</b>	<b>100</b>	<b>1011</b>	<b>100</b>

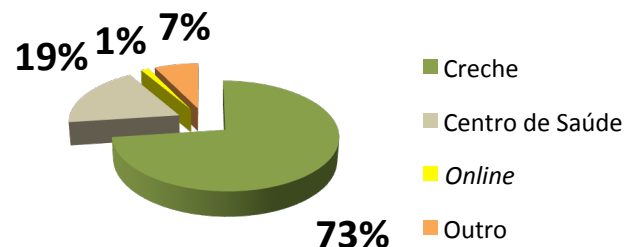
a) Fonte dos nados vivos: INE (2010)

Em relação à totalidade dos pais das crianças nascidas nos três anos, a amostra representou aproximadamente 4% do universo. Não há um número ótimo de participantes, mas quanto maior for o número, menor o erro de amostragem para amostras probabilísticas (Ribeiro, 2007). O mesmo autor refere que nas amostras não probabilísticas o tamanho da amostra é ditado normalmente pelo número de variáveis a tratar e cita Tinsley e Tinsley (1987) para considerar excelente, no âmbito da análise multivariada, uma amostra de 1000 participantes.

Neste estudo, com uma amostra não probabilística e desconhecimento do número exato da população alvo, considerou-se o tamanho da amostra excelente para a análise das variáveis.

O gráfico 3.1 evidencia que esta amostra resultou, em maior percentagem (73%), dos questionários distribuídos através das creches, seguidos dos distribuídos no Centro de Saúde (19%). Apenas 1% dos questionários foram respondidos pela internet. Os outros resultaram dos participantes que os enviaram diretamente, sendo distribuídos pelo Centro de Saúde.

Gráfico 3.1: Locais de recolha da informação



#### 3.1.4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Atendendo ao desenho do estudo, à existência de indicadores resultantes dos dados do primeiro estudo e ao facto de não existir um instrumento adequado aos objetivos do estudo, optou-se pela construção de um questionário com base na revisão da literatura e nos resultados do estudo exploratório anterior (Anexo 4).

Este instrumento foi composto por cinco grupos de questões para caracterizarem os seguintes grupos de variáveis:

- Caracterização dos participantes;
- Caracterização das crianças referenciadas no estudo;

- Recursos de apoio no exercício da parentalidade;
- Exercício da parentalidade e necessidade de conhecimentos para esse exercício.
- Idade da criança em que as dificuldades foram mais sentidas.

### **Variáveis de caracterização dos participantes**

Este grupo de variáveis foi operacionalizado através de nove questões do questionário:

- *Grau de parentesco com a criança:* Elaborada uma pergunta de resposta mista com os seguintes indicadores: mãe, pai e outro. Esta questão também identifica o sexo dos participantes.
- *Número de filhos:* Questão de resposta fechada para indicação do filho ser único ou existirem outros filhos.
- *Residência:* Operacionalizada através de duas questões do questionário. Uma com resposta fechada de três opções: cidade, vila ou aldeia. Outra de resposta aberta para descrição do Concelho de residência.
- *Habitação:* Questão de resposta fechada com duas opções: habitação própria ou de renda.
- *Estado civil:* Foi colocada uma pergunta de resposta fechada com as seguintes opções: casado(a) /união de facto, solteiro(a), divorciado(a) /separado(a) e viúvo (a).
- *Situação de empregabilidade:* Questão de resposta fechada em duas opções: empregado ou desempregado.
- *Idade:* Pergunta de resposta aberta para ser respondida em anos completos à data da aplicação do questionário.
- *Nacionalidade:* Questão de resposta aberta para descrição da nacionalidade.
- *Escolaridade:* Foi efetuada uma pergunta de resposta mista para identificar a educação escolar através do nível de ensino adquirido. As opções de resposta fechada foram nove e consideraram os anos inerentes a cada ciclo do ensino básico (4 anos, 6 anos e 9 anos) os anos do ensino secundário (12 anos e Curso de Formação Profissional) e os graus do ensino superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado e Doutoramento), de acordo com a Lei de Bases do Sistema Educativo Nacional (Lei n.º46 de 14 de Outubro de 1986). Acrescentou-se uma pergunta de resposta aberta para indicação de outro tipo de escolaridade, para abranger sistemas educativos de outros países.

- *Remuneração familiar mensal:* Pergunta de resposta fechada com 6 opções de resposta. Considerou-se na primeira questão as remunerações inferiores a 1000 euros, tendo como referência dois vencimentos mínimos e o ganho médio mensal em 2008 na região centro de 864,4 euros (INE, 2010). As três opções seguintes tiveram intervalos de 1000 euros, a quinta de 2000 euros e a última opção foi para vencimentos superiores a 6000 euros.

### **Variáveis de caracterização das crianças referenciadas no estudo**

As crianças foram caracterizadas através das seguintes questões:

- *Género:* Questão dicotómica com resposta fechada para masculino ou feminino.
- *Idade:* Questão operacionalizada pela descrição da data de nascimento.
- *Frequência de creche:* Questão dicotómica com resposta fechada de sim ou não.
- *Terem ama:* Questão dicotómica com resposta fechada de sim ou não.
- *Guarda da criança quando não está na creche ou na ama:* Questão de resposta mista, sendo fechada para indicação de mãe, pai ou avó e aberta para descrição de outra pessoa.
- *Peso de nascimento:* Questão de resposta aberta para descrição do peso de nascimento da criança.
- *Amamentação e aleitação:* Duas questões de resposta mista. Na primeira, perguntou-se se a criança tinha, ou não, sido amamentado/alimentado com leite materno. Em situação afirmativa a descrição do limite de idade em que foi amamentada. Na segunda, pretendeu-se a indicação da existência de aleitamento com leite adaptado ou de vaca e, em caso afirmativo, a indicação da idade de início.
- *Existência de problemas de saúde:* Questão de resposta fechada com três alternativas de resposta (Quase sempre ou sempre, algumas vezes, raramente ou nunca).
- *Características do comportamento da criança:* Construiu-se uma escala denominada *Escala do Comportamento da Criança* (ECCriança) a partir da seleção de um conjunto de itens determinantes para o exercício da parentalidade.

#### a. Seleção dos itens a incluir na *Escala do Comportamento da Criança* (ECCriança)

Os itens resultaram, principalmente, do estudo exploratório com suporte da revisão da literatura. Estes foram submetidos a uma análise de interpretação e de pertinência por procedimentos comuns às diversas escalas utilizadas no estudo e que foram os seguintes:

- Análise teórica e semântica dos itens através da apreciação de especialistas e profissionais com prática neste domínio. Foi aplicada a técnica Delphi em três fases, obtendo-se 100% de consenso de opinião de peritos em relação à estrutura e conteúdo dos itens e à sua inclusão no instrumento. Após serem identificados os recursos disponíveis, definidos os meios de comunicação, os critérios de definição de peritos e o nível de aceitação do consenso de opinião (Hasson, Keeney & Mckenna, 2000), partiu-se de um instrumento elaborado com os itens selecionados para cada dimensão e, num processo contínuo de reelaboração de instrumentos, obteve-se a concordância ou a discordância comentada dos peritos.

Ter mais de 10 anos de experiência na prestação de cuidados e ou no ensino e investigação na área da saúde infantil e desempenharem cargos atribuídos por reconhecimento de competências nesta área foram critérios que permitiram selecionar um grupo de oito peritos que incluiu uma professora doutorada da unidade curricular de investigação na área de enfermagem, uma professora doutorada da unidade curricular de enfermagem pediátrica, duas professoras da unidade curricular de enfermagem de saúde materna, uma professora de enfermagem da unidade curricular de saúde comunitária, um professor doutorado da área de educação para a saúde, um psicólogo doutorado na área da psicologia positiva e um pediatra diretor de um serviço de pediatria hospitalar.

- Em segundo lugar, procedeu-se à análise relativa ao conteúdo e à forma dos itens para testar a compreensão e adequação das questões e a clareza da escala das respostas e das instruções. Como recomendam Hill e Hill (2008) e Streiner e Norman (2008), fez-se uma aplicação experimental utilizando o método da reflexão falada (*Thinking aloud*). Para isso selecionaram-se alguns pais de crianças com as idades requeridas no estudo. Foram efetuadas reuniões individuais com dois pais e uma reunião de conjunto com outros dois. Os participantes preencheram e comentaram o questionário. Resultaram algumas propostas de alteração do alinhamento, do grafismo e do número de questões.

Em sequência dos procedimentos descritos, algumas preposições foram modificadas para que se tornassem mais claras e algumas foram excluídas para as escalas ficarem menos longas.

Após a correção do questionário, procedeu-se ao pré-teste com a sua aplicação a 25 pais que não integraram a amostra, sendo alguns de outros Distritos. Responderam 16 pais e a análise das respostas motivou pequenas correções e a resolução de se considerar o instrumento como definitivo.

b. Cotação e interpretação dos resultados da *Escala do Comportamento da Criança* (ECCriança)

Para a valorização dos itens sobre o comportamento da criança e apuramento dos resultados, construiu-se uma escala com nove itens e três categorias de resposta (Quase sempre ou sempre, algumas vezes, raramente ou nunca). Os itens foram pontuados de 1 para quase sempre ou sempre, 2 para algumas vezes e 3 para raramente ou nunca, com exceção do item criança sossegada que se encontrava invertida sendo pontuado com 3 para quase sempre ou sempre e 1 para raramente ou nunca. A redução de opções de resposta pretendeu facilitar as respostas e procurar um intervalo equivalente entre as opções de resposta.

c. Eliminação dos itens respondidos por muito poucos ou por muitos sujeitos

As frequências dos itens evidenciaram a inexistência de alternativas de resposta superiores a 95% ou inferiores a 5%, não havendo, assim, nenhum item a eliminar (Streiner & Norman, 2008).

d. Características psicométricas da *Escala do Comportamento da Criança* (ECCriança)

O estudo das características psicométricas foi realizado através da análise da sua fidelidade e da sua validade.

*Fidelidade*

De acordo Streiner e Norman (2008), avaliou-se a homogeneidade da escala através de dois métodos:

- Determinação do coeficiente de correlação entre os itens e o total escala, sem o item, eliminando os itens com correlação com o total da escala inferior a 0,20.

- Determinação do coeficiente Alfa de *Cronbach*, calculando a eliminação de um item de cada vez. Streiner e Norman (2008) consideram valores apropriados de Alfa os compreendidos entre 0,70 e 0,90, podendo ser mais baixo com a diminuição do número de itens. Para número de itens muito baixos, Hill e Hill (2008) e Ribeiro (2007) consideram aceitáveis os valores acima de 0,60.

A tabela 3.2 apresenta os itens referentes *Escala do Comportamento da Criança* (ECCriança), após procedimentos de validação, com valores das correlações entre cada item e o total da escala a que pertence quando esta não contém o item, superiores a 0,39, significativas e positivas. O coeficiente Alfa de *Cronbach* para o total da escala é de

0,673 com valores inferiores a 0,645 quando os itens são retirados, pelo que se conclui de uma aceitável consistência interna.

Tabela 3.2: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de *Cronbach* -  $\alpha$ ) dos itens e do total da Escala do Comportamento da Criança (ECCriança).

		ECCriança (N=960)	
Item		<i>r</i> sem item	Alpha <i>Cronbach</i> sem item
1	Criança sossegada	0,480	0,591
2	Criança irrequieta	0,518	0,562
3	Chora muito	0,395	0,645
4	Com birras	0,433	0,623
Escala Total			0,673

Item 1 (criança sossegada) foi invertido

### *Validade*

Considerando que a escala é unidimensional avaliou-se a validade do constructo através da análise fatorial pelo método de condensação em componentes principais e pela regra de *Kaiser* (raízes latentes iguais ou superiores a um) extraiu-se um fator (F1) que explica 50,586% da variância total (Tabela 3.3).

O teste de esfericidade de *Bartlett* ( $X^2 =$  de 644,975;  $p < 0,0001$ ) rejeita a hipótese da matriz de correlação constituir uma matriz de identidade e a medida de *Keiser-Meyer-Olkin* ( $KMO = 0,65$ ) mostra que existe uma correlação razoável entre as variáveis. Ambos os testes evidenciam a adequação do modelo fatorial a esta matriz de correlações.

Os valores das comunalidades ( $h^2$ ) demonstram que todas as variáveis têm relação com o fator retido (Pestana & Gageiro, 2005a).

Tabela 3.3: Correlações dos itens com o fator extraído por análise fatorial e valores das comunalidades da ECCriança

Itens	ECCriança	
	$h^2$	F1
Criança sossegada	0,537	0,765
Criança irrequieta	0,585	0,732
Chora muito	0,428	0,688
Com birras	0,474	0,654

Eigenvalues 2,023

Variância explicada ( $\Sigma = 50,586$ )

$KMO = 0,651$

Teste esfericidade *Bartlett* = 644,975;  $p < 0,000$

O valor da escala das características do comportamento da criança varia entre 4 e 12 pontos. Valores mais baixos no fator indiciam uma criança mais ativa e com maior irritabilidade e valores mais elevados com crianças mais sossegadas e com menor irritabilidade. Assim, valores mais elevados conotam-se com crianças de comportamento mais fácil e valores mais baixos com crianças de comportamento mais difícil.

### **Recursos de apoio no exercício da parentalidade positiva**

- *Recursos de apoio utilizados pelos participantes*

Em sequência do estudo exploratório e da revisão da literatura, para avaliar os recursos de apoio que os participantes utilizaram, foram elaboradas treze (13) questões dicotômicas de resposta fechada. Os pais assinalavam os apoios que tiveram e a não sinalização indicava que não tiveram.

- a. Seleção dos itens

Para a seleção dos itens a incluir na escala utilizaram-se os procedimentos já descritos anteriormente sobre a sua interpretação e pertinência e construiu-se uma escala multidimensional com treze itens divididos por duas dimensões: recursos de apoio formal (*guias de orientação elaborados por profissionais, informação escrita/livros/revistas, médicos, enfermeiros, acesso telefónico a enfermeiro especialista e visita de enfermeiros a casa*) e recursos de apoio informal (*cônjuge, avós da criança, outros familiares, outros pais, amigos, vizinhos e internet*).

A esta escala atribuiu-se o nome de Escala dos Recursos de Apoio na Parentalidade (ERAP) que pretendia avaliar recursos de apoio utilizados pelos participantes para o exercício da parentalidade positiva. As suas dimensões foram nomeadas em consonância com o seu conteúdo.

- b. Cotação e interpretação dos resultados

Para valorização dos itens dicotômicos (teve ou não recursos de apoio) foi atribuído valor zero ao não ter o recurso de apoio e valor 1 a ter. Quanto mais alta foi a pontuação obtida, mais recursos de apoio os participantes tiveram.

Foram eliminados dois itens após análise das suas frequências. O item *cônjuge* com 92,5% de respostas numa alternativa e *visita de enfermeiros a casa* com 3,2% de respostas numa alternativa, conforme recomendam Streiner e Norman (2008).

c. Características psicométricas da escala dos recursos de apoio

*Fidelidade*

O estudo da fidelidade foi determinado pela avaliação da consistência interna, através da fórmula de *Kuder-Richardson* (KR20) indicada para escalas de respostas dicotómicas. Tendo em consideração o baixo número de itens em cada dimensão, utilizou-se como parâmetro os valores de KR20 acima de 0,60 (Hill & Hill, 2008; Ribeiro, 2007). Determinou-se, ainda, o coeficiente de correlação (correlação ponto biserial) entre os itens e a escala total para verificar se cada item se definia como um bom operante do constructo geral.

Pela tabela 3.4 verifica-se que o KR20 da dimensão *recursos de apoio formal* da escala é de 0,688 e da dimensão *recursos de apoio informal* é de 0,602. Quando os itens são excluídos os valores do KR20 descem. Assim, a sua inclusão melhora a homogeneidade da escala e esta possui uma razoável consistência interna.

Os valores das correlações ponto-biserials ( $R_{pb}$ ), avaliados pelo  $r$  de *Pearson*, entre cada item e o total da escala a que ele pertence, quando esta não contém o item, são superiores ou iguais a 0,220 e significativos ( $p < 0,01$ ).

Tabela 3.4: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Kuder-Richardson - KR20) dos itens e das dimensões da Escala dos Recursos de Apoios na Parentalidade (ERAP).

Dimensões e itens		ERAP	
		$R_{pb}$	KR20
<b>D1</b>	<b>Recursos de apoio formal</b>		<b>0,688</b>
1	Guias elaborados por profissionais	0,392*	0,653
2	Informação escrita/livros/revistas	0,462*	0,621
3	Médicos	0,505*	0,609
4	Enfermeiros	0,512*	0,599
5	Acesso telefónico a enfermeiro especialista	0,334*	0,679
<b>D2</b>	<b>Recursos de apoio informal</b>		<b>0,602</b>
6	Avós criança	0,220*	0,598
7	Outros familiares	0,269*	0,589
8	Outros pais	0,428*	0,519
9	Amigos	0,474*	0,493
10	Vizinhos	0,373*	0,545
11	Internet	0,269*	0,588

D – Dimensão      \* $p < 0,01$

### Validade da Escala

Na correlação simultânea dos itens nas duas dimensões (Tabela 3.5) verifica-se que os itens na dimensão a que pertencem têm pesos superiores a 0,42 e a diferença em relação aos pesos na dimensão a que não pertencem são superiores a 0,1. Consequentemente, a validade discriminante dos itens evidencia uma estrutura harmoniosa e fiável, satisfazendo os critérios que permitem afirmar que avaliam a dimensão a que pertencem.

A tabela 3.5 também mostra uma correlação razoável entre as duas dimensões ( $r=0,391$ ;  $p<0,01$ ), permitindo a medição do mesmo constructo.

A dimensão 1 ficou constituída por cinco itens que referenciam recursos de apoio de carácter científico e especializado, pelo que se atribuiu o nome de *Recursos de apoio formal* e a sua pontuação assume valores de zero a cinco. A dimensão 2 ficou constituída por seis itens relacionados com os recursos de apoio da rede social e familiar pelo que se atribuiu o nome de *Recursos de apoio informal* e a pontuação assume valores de zero a seis.

Tabela 3.5: Análise discriminante das dimensões da ERAP.

Dimensões e Itens		Recurso de apoio formal	Recurso de apoio informal
		<i>r</i>	<i>r</i>
<b>D1</b>	<b>Recursos de apoio formal</b>	<b>1</b>	<b>0,391*</b>
1	Guias elaborados por profissionais	0,642*	0,272*
2	Informação escrita/livros/revistas	0,689*	0,330*
3	Médicos	0,687*	0,259*
4	Enfermeiros	0,716*	0,255*
5	Acesso telefónico a enfermeiro especialista	0,599*	0,185*
<b>D2</b>	<b>Recursos de apoio informal</b>	<b>0,391*</b>	<b>1</b>
6	Avós da criança	0,160*	0,428*
7	Outros familiares	0,157*	0,552*
8	Outros pais	0,260*	0,645*
9	Amigos	0,236*	0,702*
10	Vizinhos	0,188*	0,585*
11	Internet	0,344*	0,546*

D – Dimensão

\* $p<0,01$

- *Recursos de apoio que os pais necessitavam e não tiveram*

Para avaliar os recursos de apoio que os participantes necessitavam e a que não tiveram acesso, foram colocadas as mesmas treze (13) questões dicotômicas de resposta fechada e uma de resposta aberta. Os participantes assinalaram os apoios que necessitaram e não tiveram. A não sinalização foi interpretada como indicação de não necessitaram desse recurso ou indicação de ausência de resposta. A resposta aberta foi opcional para outros recursos de apoio.

### **Variáveis de caracterização do exercício da parentalidade positiva e da necessidade de conhecimentos para esse exercício**

Como foi descrito no início deste capítulo, para avaliação da necessidade da intervenção é importante o conhecimento dos padrões de resposta a nível da confiança dos pais no exercício da parentalidade positiva, como referem Meleis et al. (2000). Considerou-se, também, importante identificar as dificuldades para confirmar, numa amostra maior, as encontradas no primeiro estudo, porque traduzem os pontos críticos do exercício que mais necessitam de apoio. Assim, para avaliar o exercício da parentalidade, consideraram-se duas variáveis:

- Autoperceção da confiança dos participantes no exercício da parentalidade positiva.
- Autoperceção das dificuldades dos participantes no exercício da parentalidade positiva.

Os diversos estudos utilizam a autoconfiança como sinónimo de autoeficácia (Crnec, Barnett & Matthey, 2010; Hill & Hill, 2007), embora Montigny e Lacharité (2005), numa análise do conceito de autoeficácia parental, os distingam. Referem que, na autoeficácia, o julgamento dos pais das suas capacidades para exercerem a parentalidade, pressupõe a capacidade e a crença no resultado. Já na autoconfiança afirma-se apenas a capacidade, independentemente da certeza do sucesso. No entanto, Bandura (2006), na orientação para a construção de escalas de autoeficácia, utiliza o termo confiança para exemplificar as questões a considerar.

Neste estudo é utilizado o termo confiança e para a sua medição optou-se pela construção de um instrumento original. Na base desta decisão estiveram a análise de instrumentos de medição utilizados noutros estudos e as orientações de Bandura (2006) para a construção de escalas de avaliação da eficácia.

Os estudos de parentalidade, que utilizaram medidas de características da personalidade dos pais como a autoeficácia ou a autoconfiança, utilizaram instrumentos de medição que não englobavam todas as atividades específicas da parentalidade positiva, como, mais tarde, foi confirmado com a revisão de escalas para medir a confiança na parentalidade de Crncec et al. (2010). Estes autores encontraram, nas diferentes disciplinas, muitos termos e diversas escalas para medir o mesmo constructo. Pelas características psicométricas e de validade classificaram aceitáveis dez escalas para a confiança na parentalidade no primeiro ano da criança, mas, apenas uma não se referia a itens muito gerais, a Karitane Parenting Confidence Scale. Esta escala tinha sido desenvolvida em 2008 pelos mesmos autores (Crncec, Barnett & Matthey, 2008) a partir de grupos focais e não contem itens relacionados diretamente com a saúde, segurança e disciplina que são dimensões fundamentais para a promoção do bem-estar da criança e centrais nas responsabilidades dos enfermeiros.

Bandura (2006), nas orientações para a construção de escalas de avaliação da eficácia, refere que os itens devem resultar das atividades específicas de um domínio da função e da identificação dos desafios e das dificuldades resultantes do questionamento das pessoas. Esta identificação foi um dos objetivos do primeiro estudo, pelo que se optou pela construção de um instrumento original com cinco dimensões da parentalidade positiva para permitir a medição das variáveis.

Estas dimensões resultaram de uma revisão da literatura (Lopes, Catarino et al., 2010) e de orientações de entidades que promovem a saúde da criança (American Academy of Pediatrics, 2005; Brazelton, 2009; CDC, 2008b; Council of Europe, 2006; Nemours Foundation, 2004). Os mesmos itens e dimensões foram utilizados para medir as duas variáveis da parentalidade positiva, constituindo duas escalas multidimensionais com os mesmos itens:

- Escala de Autoperceção da **Confiança dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva (ECPPP)**. Com esta escala pretendeu-se que os participantes julgassem as suas capacidades para o exercício da parentalidade positiva

- Escala de Autoperceção das **Dificuldades dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva (EDPPP)**. Com esta escala pretendeu-se que os participantes julgassem o grau de dificuldade no exercício da parentalidade positiva.

Também com os mesmos itens foi construída uma escala para os participantes julgarem a sua necessidade de conhecimentos para o exercício da parentalidade positiva -

- Escala de Autopercepção da Necessidade de Conhecimentos dos Pais para o Exercício da Parentalidade Positiva (ENCPPP). Esta escala operacionaliza a variável conhecimentos dos participantes, mas por questões de sistematização foi apresentada conjuntamente com as outras duas no questionário e na descrição da sua construção e validação.

No processo de construção destas escalas consideraram-se os princípios gerais recomendados pelos autores consultados e realizaram-se os seguintes procedimentos:

a. Seleção dos itens a incluir nas escalas

A partir da revisão da literatura e de entidades, referidas anteriormente, definiram-se itens que, pela sua importância para o desenvolvimento da criança, eram mais significativos para o exercício da parentalidade positiva. Complementarmente, foram selecionados e acrescentados os itens referentes a atividades que impunham maiores dificuldades para os pais e que resultaram do estudo exploratório anterior.

Para a interpretação e pertinência dos itens a incluir em cada dimensão da escala, utilizaram-se os procedimentos comuns a todas as escalas e já descritos anteriormente, e construiu-se uma escala multidimensional para cada variável, com as seguintes cinco dimensões:

- Necessidades Físicas da Criança (engloba atividades que visam a satisfação das necessidades básicas da criança como a alimentação, repouso e higiene);

- Segurança da Criança (engloba atividades que visam a proteção da saúde e dos perigos e os cuidados na doença da criança);

- Desenvolvimento, Comportamento e Estimulação da Criança (engloba as atitudes para a promoção de comportamentos adequados e atividades de promoção do desenvolvimento e estimulação da criança);

- Comunicação Positiva com a Criança (engloba atitudes positivas e o desenvolvimento de interação entre pais e crianças e a adoção de relacionamento de afeto e amor);

- Disciplina Positiva (incluindo a promoção do autocontrolo e o estabelecimento de limites à criança com consistência e amor).

b. Cotação e interpretação dos resultados

O procedimento de valorização dos itens e do apuramento dos resultados foi igual para as três escalas da parentalidade positiva. Todos os itens tinham cinco categorias de

resposta para cada escala. Para respostas de nada confiante, nenhuma dificuldade ou nenhuma necessidade de mais conhecimento atribuiu-se a pontuação de 1. Para respostas de muito confiante, muita dificuldade e muita necessidade de mais conhecimento atribuiu-se a pontuação de 5. Assim, todas as respostas tinham um intervalo de 1 a 5. De acordo com Almeida e Freire (2007), cinco postos de resposta são os suficientes para a objetividade das respostas, pois se forem mais as distâncias, os participantes têm dificuldade em as precisar.

Considerou-se que as pontuações mais elevadas traduziam mais confiança, mais dificuldades e mais necessidades de conhecimentos dos participantes no exercício da parentalidade.

### c. Características psicométricas das escalas

De acordo Streiner e Norman (2008) avaliou-se a homogeneidade das escalas através de dois métodos:

- Determinação do coeficiente de correlação entre os itens e o total escala, sem o item, eliminando os itens com valor de correlação com o total da escala inferior a 0,20.

- Determinação do coeficiente Alfa de Cronbach, calculando a eliminação de um item de cada vez. Consideraram-se valores apropriados de Alfa os superiores a 0,70 de acordo com Streiner e Norman (2008) e com Hill e Hill (2008). Foram eliminados os itens que não se integravam nestes valores.

### Fidelidade das escalas

A tabela 3.6 apresenta dados estatísticos dos itens incluídos nas escalas, evidenciando a consistência interna das dimensões avaliada através do coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) nas três escalas (Autoperceção da confiança dos pais no exercício da parentalidade positiva – ECPPP; autoperceção das dificuldades dos pais no exercício da parentalidade positiva – EDPPP; e autoperceção da necessidade de conhecimentos dos pais para o exercício da parentalidade positiva – ENCPPP).

Todas as cinco dimensões, nas três escalas, apresentaram valores de Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) acima de 0,76 e este valor do Alfa desceu com a exclusão de cada item.

Tabela 3.6: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach -  $\alpha$ ) dos itens e das dimensões das ECPPP, EDPPP e ENCPPP

Dimensões e Itens	ECPPP		EDPPP		ENCPPP	
	r item	$\alpha$ sem item	r item	$\alpha$ sem item	r item	$\alpha$ sem item
<b>D1.Necessidades Físicas da Criança</b>		<b>0,827</b>		<b>0,796</b>		<b>0,855</b>
1 Nos procedimentos na amamentação	0,548	0,807	0,483	0,776	0,577	0,840
2 Nos procedimentos para aleitamento	0,554	0,807	0,565	0,766	0,606	0,837
3 A lidar com o comportamento da criança na amamentação/aleitamento	0,633	0,798	0,619	0,758	0,656	0,833
4 A avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança	0,552	0,807	0,525	0,771	0,614	0,837
5 Na introdução de novos alimentos	0,547	0,808	0,474	0,777	0,606	0,838
6 Na preparação das primeiras sopas	0,541	0,808	0,470	0,778	0,613	0,837
7 A ajudar a criança a estabelecer o seu padrão de sono	0,462	0,817	0,374	0,791	0,512	0,847
8 A dar os primeiros banhos	0,465	0,818	0,459	0,780	0,525	0,846
9 A cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas	0,496	0,813	0,419	0,785	0,505	0,847
<b>D2. Segurança da Criança</b>		<b>0,799</b>		<b>0,769</b>		<b>0,824</b>
10 Na identificação dos alimentos saudáveis	0,513	0,777	0,514	0,735	0,600	0,794
11 Na preparação de um ambiente seguro (sem perigos) para a criança	0,600	0,757	0,577	0,719	0,654	0,783
12 Na identificação de ambientes nocivos para a criança (exposição ao tabaco, chumbo, mercúrio, toxinas)	0,510	0,779	0,493	0,740	0,565	0,802
13 A perceber os sinais de doença na criança	0,568	0,764	0,460	0,748	0,568	0,800
14 A cuidar da criança quando está doente	0,597	0,757	0,541	0,728	0,609	0,792
15 Na compreensão da importância da vigilância de saúde da criança (levar a consultas e vacinas)	0,537	0,771	0,493	0,740	0,553	0,804
<b>D3. Desenvolvimento, Comportamento e Estimulação da Criança</b>		<b>0,860</b>		<b>0,845</b>		<b>0,896</b>
16 A conhecer as fases do desenvolvimento da criança	0,598	0,847	0,573	0,829	0,657	0,888
17 Saber quais as ações que estimulam a criança	0,649	0,837	0,631	0,818	0,729	0,876
18 Na escolha de materiais de aprendizagem de acordo com a idade da criança (brinquedos, música, livros)	0,659	0,836	0,621	0,820	0,706	0,880
19 Nas atitudes que promovem comportamentos adequados na criança	0,695	0,830	0,648	0,815	0,746	0,874
20 A aproveitar o momento do banho para estimular a criança	0,639	0,839	0,655	0,813	0,738	0,875
21 A aproveitar o momento da alimentação para estimular a criança	0,672	0,833	0,620	0,820	0,747	0,874
<b>D4. Comunicação Positiva com a Criança</b>		<b>0,856</b>		<b>0,841</b>		<b>0,886</b>
22 A responder com afeto ao choro da criança	0,623	0,839	0,557	0,834	0,680	0,872
23 Na interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar	0,612	0,841	0,620	0,815	0,700	0,867
24 Nos benefícios para a criança de um relacionamento caloroso e de amor	0,662	0,828	0,642	0,809	0,709	0,865
25 No estabelecimento de atividades que fazem a criança sentir-se especial e importante	0,728	0,811	0,729	0,785	0,778	0,849
26 Nas atitudes que proporcionam uma comunicação positiva com a criança (simples, clara e estimulante)	0,733	0,810	0,685	0,798	0,760	0,854
<b>D5. Disciplina Positiva</b>		<b>0,840</b>		<b>0,837</b>		<b>0,890</b>
27 Na compreensão da importância da disciplina para a criança	0,673	0,798	0,694	0,783	0,772	0,853
28 A estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança	0,738	0,769	0,712	0,775	0,780	0,850
29 A utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições	0,662	0,804	0,651	0,802	0,765	0,856
30 A ser um bom modelo para a criança	0,624	0,819	0,621	0,815	0,717	0,874

D – Dimensão

ECPPP: Escala de Autoperceção da Confiança dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva

EDPPP: Escala de Autoperceção de Dificuldades dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva

ENCPPP: Escala de Autoperceção da Necessidade de Conhecimentos dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva

### *Validade das escalas*

A análise da validade dos itens foi feita através da validade convergente, da validade discriminante e da correlação entre as várias dimensões.

Na validade convergente foi avaliada a correlação de cada item com a dimensão a que pertence excluindo o item. De acordo com os critérios apontados por Streiner e Norman (2008), estas correlações devem ser superiores a 0,20.

A tabela (3.6) permite a análise da validade convergente, verificando-se que as correlações dos itens com a dimensão a que pertencem excluindo o item são superiores a 0,46 na ECPPP, superiores a 0,37 na EDPPP e superiores a 0,50 na ENCPPP.

Na validade discriminante comparou-se a correlação do item com a dimensão a que pertencia e com as dimensões às quais não pertencia (Tabela 3.7).

Nesta tabela verifica-se que, nas diversas dimensões, a maioria dos itens têm uma correlação com a dimensão a que pertencem superior em 0,1 à correlação com as dimensões a que não pertencem. Apenas os itens 8 e 9 na dimensão necessidades físicas, da escala de ENCPPP têm respectivamente uma diferença de 0,07 e 0,06. Contudo, dada a importância do seu conteúdo conceptual e o corresponderem a atividades em que os pais têm dificuldades, optou-se por não os eliminar. Foram enquadrados na dimensão onde obtiveram valor mais elevado e, simultaneamente, onde se enquadravam pelo seu conteúdo.

Tabela 3.7: Análise discriminante das dimensões das ECPPP, EDPPP e ENCPPP.

Itens	ECPPP					EDPPP					ENCPPP				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
1	<b>0,67</b>	0,35	0,30	0,26	0,26	<b>0,62</b>	0,28	0,28	0,21	0,24	<b>0,68</b>	0,42	0,33	0,30	0,30
2	<b>0,66</b>	0,39	0,33	0,26	0,26	<b>0,68</b>	0,43	0,38	0,30	0,33	<b>0,70</b>	0,47	0,38	0,38	0,31
3	<b>0,73</b>	0,40	0,33	0,29	0,28	<b>0,72</b>	0,38	0,36	0,27	0,30	<b>0,74</b>	0,50	0,42	0,39	0,36
4	<b>0,67</b>	0,36	0,30	0,23	0,28	<b>0,64</b>	0,35	0,35	0,23	0,28	<b>0,71</b>	0,48	0,43	0,36	0,38
5	<b>0,65</b>	0,50	0,43	0,33	0,34	<b>0,60</b>	0,42	0,38	0,32	0,30	<b>0,70</b>	0,57	0,48	0,43	0,41
6	<b>0,65</b>	0,50	0,42	0,32	0,28	<b>0,61</b>	0,49	0,36	0,32	0,28	<b>0,71</b>	0,59	0,47	0,45	0,37
7	<b>0,59</b>	0,45	0,45	0,35	0,42	<b>0,53</b>	0,34	0,37	0,27	0,35	<b>0,63</b>	0,53	0,50	0,44	0,42
8	<b>0,61</b>	0,45	0,45	0,34	0,33	<b>0,61</b>	0,45	0,40	0,32	0,30	<b>0,64</b>	0,57	0,47	0,44	0,36
9	<b>0,62</b>	0,52	0,49	0,43	0,43	<b>0,56</b>	0,38	0,35	0,26	0,28	<b>0,62</b>	0,56	0,53	0,45	0,45
10	0,49	<b>0,67</b>	0,50	0,45	0,38	0,49	<b>0,69</b>	0,49	0,43	0,35	0,61	<b>0,73</b>	0,52	0,48	0,44
11	0,48	<b>0,74</b>	0,57	0,49	0,51	0,45	<b>0,73</b>	0,51	0,45	0,49	0,59	<b>0,77</b>	0,58	0,52	0,51
12	0,35	<b>0,69</b>	0,44	0,42	0,40	0,34	<b>0,67</b>	0,39	0,41	0,33	0,48	<b>0,72</b>	0,49	0,51	0,46
13	0,53	<b>0,72</b>	0,48	0,41	0,43	0,41	<b>0,64</b>	0,40	0,29	0,36	0,55	<b>0,71</b>	0,53	0,43	0,50
14	0,57	<b>0,74</b>	0,54	0,46	0,48	0,50	<b>0,70</b>	0,50	0,39	0,42	0,58	<b>0,74</b>	0,56	0,46	0,51
15	0,42	<b>0,68</b>	0,54	0,52	0,43	0,40	<b>0,67</b>	0,48	0,47	0,34	0,54	<b>0,70</b>	0,56	0,57	0,46
16	0,47	0,61	<b>0,73</b>	0,53	0,54	0,48	0,59	<b>0,71</b>	0,49	0,47	0,60	0,66	<b>0,77</b>	0,60	0,59
17	0,47	0,55	<b>0,77</b>	0,52	0,59	0,48	0,51	<b>0,75</b>	0,50	0,55	0,53	0,60	<b>0,82</b>	0,60	0,62
18	0,43	0,56	<b>0,77</b>	0,60	0,55	0,39	0,49	<b>0,75</b>	0,50	0,47	0,51	0,59	<b>0,80</b>	0,63	0,58
19	0,46	0,57	<b>0,79</b>	0,60	0,65	0,45	0,52	<b>0,76</b>	0,52	0,59	0,50	0,58	<b>0,83</b>	0,64	0,64
20	0,43	0,49	<b>0,76</b>	0,57	0,52	0,38	0,47	<b>0,78</b>	0,53	0,51	0,50	0,57	<b>0,83</b>	0,68	0,60
21	0,50	0,54	<b>0,79</b>	0,62	0,59	0,44	0,46	<b>0,75</b>	0,55	0,53	0,55	0,60	<b>0,83</b>	0,69	0,66
22	0,37	0,49	0,56	<b>0,77</b>	0,56	0,35	0,42	0,49	<b>0,73</b>	0,50	0,50	0,58	0,65	<b>0,80</b>	0,63
23	0,43	0,52	0,60	<b>0,76</b>	0,60	0,40	0,48	0,58	<b>0,76</b>	0,55	0,51	0,55	0,68	<b>0,81</b>	0,69
24	0,33	0,49	0,54	<b>0,79</b>	0,56	0,27	0,44	0,47	<b>0,78</b>	0,44	0,45	0,54	0,59	<b>0,82</b>	0,60
25	0,37	0,52	0,60	<b>0,84</b>	0,62	0,35	0,48	0,58	<b>0,84</b>	0,58	0,50	0,57	0,66	<b>0,87</b>	0,67
26	0,42	0,55	0,67	<b>0,83</b>	0,70	0,39	0,50	0,59	<b>0,80</b>	0,61	0,50	0,58	0,69	<b>0,85</b>	0,75
27	0,41	0,54	0,62	0,69	<b>0,82</b>	0,40	0,48	0,59	0,61	<b>0,84</b>	0,49	0,58	0,68	0,74	<b>0,88</b>
28	0,44	0,53	0,66	0,63	<b>0,86</b>	0,46	0,50	0,62	0,58	<b>0,85</b>	0,50	0,58	0,67	0,68	<b>0,88</b>
29	0,39	0,47	0,59	0,56	<b>0,82</b>	0,34	0,40	0,52	0,49	<b>0,81</b>	0,44	0,54	0,65	0,64	<b>0,87</b>
30	0,39	0,50	0,59	0,63	<b>0,79</b>	0,37	0,46	0,53	0,55	<b>0,79</b>	0,47	0,57	0,62	0,71	<b>0,84</b>

D – Dimensão

ECPPP: Escala de Autopercepção da Confiança dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva

EDPPP: Escala de Autopercepção de Dificuldades dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva

ENCPPP: Escala de Autopercepção da Necessidade de Conhecimentos dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva

A validade convergente também se verificou entre as dimensões de cada escala, indicando que medem o mesmo constructo. Os valores das correlações entre as dimensões de cada escala e em todas as escalas foram significativos ( $p < 0,01$ ) como descrito na tabela 3.8.

Tabela 3.8: Matriz de correlações de *Pearson* entre as cinco dimensões de cada escala nas ECPPP, EDPPP e ENCPPP.

D	ECPPP					EDPPP					ENCPPP				
	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5	D1	D2	D3	D4	D5
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
D1	1					1					1				
D2	0,67	1				0,63	1				0,76	1			
D3	0,60	0,72	1			0,58	0,68	1			0,66	0,74	1		
D4	0,48	0,65	0,75	1		0,45	0,59	0,69	1		0,59	0,68	0,79	1	
D5	0,49	0,62	0,75	0,76	1	0,48	0,56	0,69	0,68	1	0,55	0,66	0,76	0,80	1

Nota:  $p \leq 0,01$  em todas as correlações

D – Dimensão

ECPPP: Escala de Autoperceção da Confiança dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva

EDPPP: Escala de Autoperceção de Dificuldades dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva

ENCPPP: Escala de Autoperceção da Necessidade de Conhecimentos dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva

Após estes procedimentos de validação, as escalas multidimensionais ficaram constituídas por 30 itens e 5 dimensões.

### Idade da criança em que as dificuldades foram mais sentidas.

Para identificar a idade da criança em que os pais sentiram mais dificuldades foram elaboradas quatro questões. O conteúdo das questões correspondeu às cinco dimensões das escalas da parentalidade positiva da questão anterior. Juntaram-se as duas primeiras dimensões para encurtar o questionário e para os pais não terem dúvidas nas respostas, pois há itens muito interligados, como os relacionados com a doença física e a identificação dos alimentos saudáveis, que poderiam ser associados, pelos pais, a outra dimensão. Assim, os pais sinalizavam a idade da criança em que sentiram mais dificuldades nas *necessidades físicas/segurança da criança*, no *desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança na comunicação com a criança* e na *disciplina da criança*.

A idade da criança foi apresentada por 6 grupos etários: 1.º mês, 1 a 3 meses, 4 a 7 meses, 8 a 12 meses, 1 a 2 anos e 2 a 3 anos. Estes grupos tiveram como referência os

marcos do desenvolvimento da criança referenciados pela American Academy of Pediatrics (2005).

Para cada grupo etário e em cada questão as respostas eram dicotômicas (sentidas ou não). A sinalização indicava que eram sentidas dificuldades e a não sinalização correspondia a ausência de dificuldades. Poderiam ser sinalizados vários grupos etários em cada questão.

Na ausência de sinalização em quaisquer dos grupos considerou-se a questão não respondida.

### 3.1.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS NA COLHEITA DE DADOS

Na avaliação da aceitabilidade dos itens e do estudo e nos procedimentos na colheita de dados foram considerados os pressupostos das investigações que envolvem comportamentos humanos e entidades organizativas.

O tipo de estudo não lesava os direitos nem a integridade dos participantes e a sua aceitabilidade ética foi comprovada por instituições que serviram de intermediárias ao estudo. Foi solicitada autorização formal aos Diretores dos Agrupamentos dos Centros de Saúde do Distrito de Leiria e aos diretores ou gerentes de creches do mesmo distrito para aplicação do instrumento de colheita de dados (Anexo 5).

Após autorização, foi agendada uma reunião com a direção técnica e coordenação pedagógica em cada creche para apresentação do estudo e para pedir colaboração às educadoras para a distribuição dos questionários pelos pais das crianças.

Os questionários foram entregues nas creches individualizados em envelopes com dois questionários (um para o pai e outro para a mãe) para serem preenchidos em casa e devolvidos em envelope fechado. Os questionários tinham um texto introdutório onde eram explicitados os objetivos do estudo e evidenciado que as respostas eram voluntárias, anónimas e confidenciais, mas os resultados seriam utilizados em estudos científicos. O seu livre preenchimento e entrega traduziram o consentimento em participar no estudo.

Nos Centros de Saúde foram agendadas reuniões com o enfermeiro responsável e os enfermeiros que exerciam funções na área da saúde infantil, para distribuição dos questionários a preencher durante o tempo de espera da consulta. Os participantes introduziam o questionário (preenchido ou por preencher) numa caixa fechada disponibilizada para esse efeito. Também ocorreu a distribuição dos questionários, em envelope fechado, no domicílio dos pais para serem devolvidos no dia seguinte.

Os questionários disponibilizados *online* tiveram o mesmo texto introdutório explicativo da versão impressa. O seu livre preenchimento e submissão traduziram o consentimento em participar no estudo.

O período de aplicação dos questionários decorreu entre 8 de junho e 30 de julho de 2010 e de 13 de setembro a 29 de outubro de 2010 na Creches e de 28 de junho a 12 de novembro de 2010 nos Centros de Saúde.

Os questionários foram recolhidos de forma faseada, no mínimo por duas vezes em cada local, e manteve-se contacto telefónico ou electrónico permanente com as Creches e com os Centros de Saúde.

### 3.1.6. TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram tratados informaticamente através do programa de tratamento estatístico – *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* – versão 16.0 para *Windows*.

Para o estudo das propriedades psicométricas da escala unidimensional das características da criança foram calculadas as medidas descritivas, as correlações de cada item com o total da escala pela correlação de *Pearson*, o Coeficiente Alfa de *Cronbach* e a análise fatorial pelo método de condensação em componentes principais, segundo a regra de *Kaiser* (raízes latentes iguais ou superiores a um) e seguida de rotação ortogonal do tipo *varimax*, tendo por base a matriz de correlação de *Pearson*. De acordo com *Streiner e Norman (2008)*, se os itens têm mais de duas alternativas de resposta a correlação de *Pearson* é suficientemente robusta para produzir resultados precisos, mesmo na ausência de distribuição normal.

Na escala multidimensional dos recursos de apoio na parentalidade, com itens de resposta dicotómica, foram calculadas as correlações de cada item com o total da escala pela correlação ponto biserial (*Streiner & Norman, 2008*) que dá resultados exatamente iguais ao coeficiente de correlação de *Pearson* (*Streiner & Norman, 2008; Pestana & Gageiro, 2005a*), pelo que, por ausência de outro programa estatístico, se utilizou este coeficiente. A consistência interna foi avaliada pelo Coeficiente *Kuder-Richardson (KR-20)*. Para o cálculo deste coeficiente foi utilizado o módulo *Reliability* do *Spss*, pois o coeficiente *KR-20* é um caso especial do coeficiente Alfa de *Cronbach* e não há qualquer diferença nos cálculos que são rigorosamente idênticos ao Alfa do output do Módulo *Reability* do *SPSS* para os mesmos dados, como concluiu *Alferes (2003)*.

Nas escalas multidimensionais da parentalidade positiva foram utilizadas as correlações de *Pearson* e o Coeficiente Alfa de *Cronbach*. Foram considerados valores de Alfa de *Cronbach* ou de KR-20 entre 0,70 e 0,90, (Streiner & Norman, 2008), aceitando valores acima de 0,60 para as escalas dos recursos de apoio e das características da criança por terem um número baixo de itens (Hill & Hill, 2008).

Por as dimensões das escalas do exercício da parentalidade positiva e os fatores da escala dos recursos de apoio não apresentarem o mesmo número de itens, na análise dos dados optou-se pela utilização do seu *score* médio. Dividiu-se o total da soma dos itens pelo seu número, para as dimensões e os fatores terem a mesma probabilidade de apresentar comparáveis valores mínimos, máximos, médias e desvios padrão.

Para sistematizar e descrever a informação, utilizaram-se medidas de estatística descritiva e para a estatística inferencial utilizaram-se testes paramétricos, tendo por base a amostra de 1011 participantes e o Teorema de Limite Central. Assim, para medir a intensidade de associação entre as várias escalas utilizou-se o *r* de *Pearson*. Para comparar as médias no exercício da parentalidade positiva em dois grupos, utilizou-se o teste *t-Student* para variáveis independentes. Para comparar as médias em mais de dois grupos independentes de diferentes tamanhos, utilizou-se o teste de análise da variância F de *Snedecor* com o teste *Post-hoc Games-Howell*.

Para determinar as variáveis que explicam a autopercepção da confiança e a autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva, utilizou-se a regressão linear múltipla com a seleção das variáveis pelo método *Backward*. Cada dimensão das duas escalas do exercício da parentalidade positiva foi considerada uma variável endógena ou dependente e as variáveis das condições facilitadoras ou inibidoras do exercício foram consideradas variáveis exógenas ou independentes, de acordo com a especificação de Pestana e Gageiro (2005b).

Analisaram-se os pressupostos do modelo de regressão linear múltipla, tendo como referência os valores indicados por Marôco (2011) e Pestana e Gageiro (2005b), nomeadamente a ausência de multicolinearidade das variáveis exógenas (*Tolerance* > 0,20 e *Variance Inflation Factor* (VIF) <10), a ausência de auto correlação dos resíduos (*Durbin-Watson* 1,60 a 2,40) e a existência de homocedasticidade dos resíduos pela sua inspeção gráfica.

Em todas as provas estatísticas foram utilizados como referência os seguintes níveis de significância:  $p > 0,50$  – diferença não significativa e  $p < 0,05$  – diferença significativa

## **3.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Neste subcapítulo apresentam-se os dados que resultaram da aplicação do questionário e pela mesma ordem das questões do mesmo. Inicia-se com a caracterização dos participantes do estudo e das crianças referenciadas no mesmo e continua-se com a apresentação dos dados referentes aos recursos de apoio e ao exercício da parentalidade positiva. Os dados referentes à necessidade de conhecimentos dos participantes e à idade da criança em que ocorreram as dificuldades são os últimos a serem apresentados, porque o seu sentido é subsequente aos anteriores.

### **3.2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

#### **Identificação dos elementos da amostra.**

A tabela 3.9 descreve os elementos de identificação da amostra que foi constituída por 1011 participantes (65,68% mães e 34,32% pais), sendo 307 casais. A maioria dos participantes (52,23%) tinha um único filho.

Os participantes foram maioritariamente da aldeia (45,99%), casados ou em união de facto (92,09%) e com idades compreendidas entre 17 e 54 anos ( $M=33,02$ ;  $DP=4,91$ ). As suas nacionalidades eram diversas, mas com predominância da portuguesa (94,36%). Nas outras nacionalidades europeias, 5 pais tinham a nacionalidade francesa, 3 alemã, 2 moldava, 2 ucraniana, 1 sueca, 1 espanhola e 1 luxemburguesa. Nas africanas, 3 pais tinham a nacionalidade angolana, 2 sul-africana e 1 são-tomense. Nas outras americanas, 2 pais eram de nacionalidade canadiana e 1 mexicana.

Tabela 3.9: Dados sociodemográficos da amostra do segundo estudo.

Variáveis	Participantes (N=1011)						
	n.º	%	Xmin.	Xmax.	M	DP	Md
Sexo							
Mães	664	65,68					
Pais	347	34,32					
Número de filhos							
Filho único	528	52,23					
Outros filhos	478	47,28					
Não responderam	5	0,49					
Residência							
Cidade	292	28,88					
Vila	242	23,94					
Aldeia	465	45,99					
Não responderam	12	1,19					
Estado civil							
Casado/união facto	931	92,09					
Solteiro	51	5,04					
Divorciado	27	2,67					
Viúvo	2	0,20					
Idade em anos							
Responderam	981	97,03	17	54	33,02	4,91	33
Não responderam	30	2,97					
Nacionalidade							
Portuguesa	954	94,36					
Brasileira	10	0,99					
Outras Europeias	15	1,48					
Outras Africanas	6	0,59					
Outras Americanas	3	0,30					
Não responderam	23	2,28					

### Condições habitacionais, académicas e profissionais

A tabela 3.10 evidencia que 87,73% dos participantes tinham habitação própria e apenas 10,39% viviam em habitação arrendada. No entanto, na habitação própria estão incluídas as situações de hipoteca por empréstimo.

No nível de escolaridade, o ensino básico incompleto inclui os 100 participantes que completaram o 1.º e o 2.º Ciclos de Ensino. Destes, 86 completaram 6 anos de escolaridade (2.º Ciclo) e 14 apenas os 4 anos de escolaridade (1.º Ciclo). Dos 359 participantes com o ensino secundário, 263 completaram os 12 anos de escolaridade, 94 referiram ter um Curso de Formação Profissional e 2 referiram um Curso de Educação Tecnológica. No ensino superior 26 participantes tinham o Bacharelato, 302 a Licenciatura, 21 o Mestrado e 4 o Doutoramento.

Em relação à empregabilidade, 87,14% dos participantes estavam empregados e a maioria tinha uma remuneração familiar mensal inferior a 2000 euros, 55,39% com remuneração de 1000 a 2000 e 22,65% inferior a 1000 euros.

Tabela 3.10: Dados habitacionais, académicos e profissionais da amostra

Caracterização	Participantes (N=1011)	
	n.º	%
Habitação		
Própria	887	87,73
Renda	105	10,39
Outra	1	0,10
Não responderam	18	1,78
Empregabilidade		
Empregado	881	87,14
Desempregado	106	10,49
Estudante	1	0,10
Não responderam	23	2,27
Escolaridade concluída		
Ensino básico incompleto	100	9,89
Ensino básico completo	195	19,29
Ensino secundário	359	35,51
Ensino superior	353	34,92
Não respondeu	4	0,39
Remuneração familiar mensal em euros		
Menos de 1000	229	22,65
De 1000 a 2000	560	55,39
De 2001 a 3000	149	14,74
Superior a 3000	52	5,14
Não responderam	21	2,08

### Dados referentes às crianças

Os dados apresentados na tabela 3.11 são referentes a 704 crianças. Existem dados do pai e da mãe referentes a 307 crianças e dados do pai ou da mãe referentes a 397 crianças.

As crianças eram maioritariamente (51,85%) do sexo masculino com média de idades de 22,77 meses. A maioria das crianças (77,42%) frequentava a creche e, das 153 crianças que não a frequentavam, 34 tinham ama e as restantes permaneciam com os pais ou avós. Estes e outros familiares também foram os recursos para a guarda da criança quando ela não estava na creche ou na ama.

No peso de nascimento houve 55 crianças com peso inferior a 2500 gramas, 17 das quais com menos de 2000 gramas, e 32 com peso superior a 4000 gramas. As restantes situaram-se entre os 2500 e os 4000 gramas.

Em relação à amamentação e aleitação a maioria das crianças foram amamentadas (91,76%). A idade limite da amamentação variou entre 4 dias e 36 meses e, em média, as crianças foram amamentadas até aos 6,70 meses, com um desvio padrão de 5,08 meses. Apenas 110 crianças tiveram amamentação exclusiva, pois em 80,97% das crianças foi introduzido leite adaptado ou de vaca. A idade da criança aquando do início desta introdução variou entre os zero dias e os vinte e oito meses. Em média, o leite não materno foi introduzido aos 4,70 meses da criança, com um desvio padrão de 4,15 meses.

Tabela 3.11: Dados sociodemográficos das crianças

Variáveis	Crianças (N=704)						
	n.º	%	Xmin.	Xmax.	M	DP	Md
<b>Género</b>							
Feminino	336	47,73					
Masculino	365	51,85					
Não responderam	3	0,42					
<b>Idade</b>							
Idade em meses	690	98,01	3	41	22,77	11,40	22,50
Não responderam	14	1,99					
<b>Peso de nascimento</b>							
Peso em gramas	676	91,76	910	4980	3189,01	531,86	3212,50
Não responderam	28	3,97					
<b>Leite materno</b>							
Sim	646	91,76					
Não	54	7,67					
Não responderam	4	0,57					
<b>Leite artificial</b>							
Sim	570	80,97					
Não	110	15,63					
Não responderam	24	3,40					
<b>Frequência de creche</b>							
Sim	545	77,42					
Não	153	21,73					
Não responderam	6	0,85					
<b>Guarda quando não está na creche ou na ama</b>							
Mãe/pai	347	49,29					
Avós	168	23,86					
Mãe/pai e avós	150	21,31					
Mãe/pai e outros familiares	14	1,99					
Não responderam	25	3,55					

### 3.2.2. CARACTERÍSTICAS DA SAÚDE E DO COMPORTAMENTO DAS CRIANÇAS

#### Existência de problemas de saúde

Dos 979 participantes que responderam à questão sobre se a criança tinha problemas de saúde, 762 (77,83%) responderam que raramente ou nunca, 195 (19,92%) algumas vezes e 22 (2,22%) que a criança quase sempre ou sempre tinha problemas de saúde.

#### Características do comportamento da criança

As características da criança mencionadas na tabela 3.12 foram as que explicaram maior variância das respostas e que integram a escala elaborada para caracterizar o comportamento das crianças. Destas, a criança chorar muito foi, em média, a característica mais pontuada pelos participantes ( $M=2,49$ ;  $DP=0,55$ ).

Tendo como referência Pestana e Gageiro (2005a:79), o CV indica uma dispersão elevada em relação à média para os dois primeiros itens (30,39% e 31,79%) e dispersão média para os dois restantes (22,08% e 23,74%) e para o total da escala (18,87%).

Tabela 3.12: Estatísticas das respostas dos participantes em função do comportamento das crianças (ECCriança)

Itens	N	ECCriança			
		Min-max.	M	DP	CV
Sossegada	987	1-3	2,04	0,62	30,39
Irrequieta	993	1-3	1,95	0,62	31,79
Chora muito	983	1-3	2,49	0,55	22,08
Com birras	990	1-3	2,19	0,52	23,74
Total- ECCriança	960	4-12	8,69	1,64	18,87

Min –Limite mínimo ; max.- limite máximo.

### 3.2.3. RECURSOS DE APOIO NO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA

#### Recursos de apoio que os participantes tiveram

A tabela 3.13 descreve os dados referentes aos itens que formaram a escala de recursos de apoio na parentalidade (ERAP).

Nos recursos de apoio formal, a moda situou-se nos médicos, mencionados por 79,64% dos participantes, seguindo-se os enfermeiros mencionados por 69,51%. A maioria dos participantes (64,79%) recorreu a informação escrita e 37,61% tiveram guias elaborados por profissionais.

Nos recursos de apoio informal, a moda situou-se nos avós da criança, mencionado por 85,56% dos participantes, seguido dos amigos (52,96%), dos outros familiares (52,16%) e da internet (40,12%).

Tabela 3.13: Frequências dos participantes por itens da Escala de Recursos de Apoio na Parentalidade (ERAP)

Dimensões e itens	Participantes (N=997)			
	Teve		Não teve	
	n.º	%	n.º	%
<b>D1. Recursos de apoio formal</b>				
Guias elaborados por profissionais	375	37,61	622	62,39
Informação escrita (livros e revistas)	646	64,79	351	35,21
Médicos	794	79,64	203	20,36
Enfermeiros	693	69,51	304	30,49
Acesso telefónico a enfermeiro especialista	375	37,61	622	62,39
<b>D2. Recursos de apoio informal</b>				
Avós da criança	853	85,56	144	14,44
Outros familiares	520	52,16	477	47,84
Outros pais	269	26,98	728	73,02
Amigos	528	52,96	469	47,04
Vizinhos	210	21,06	787	78,94
Internet	400	40,12	597	59,88

D – Dimensão

No que se refere às dimensões da ERAP (Escala dos Recursos de Apoio na Parentalidade), em média, foram mencionados mais recursos de apoio formal (M=2,89; DP=1,54) do que recursos de apoio informal (M=1,41; DP=1,26) (Tabela 3.14).

Tabela 3.14: Estatísticas das dimensões da Escala de Recursos de Apoio na Parentalidade (ERAP)

Dimensões	ERAP (N=997)			
	Min.-max.	M	DP	CV
D1. Recursos de apoio formal	0-5	2,89	1,54	53,29
D2. Recursos de apoio informal	0-6	1,41	1,26	89,36

D – Dimensão; Min –Limite mínimo ; max.- limite máximo.

### Recursos de apoio que os participantes não tiveram e necessitaram

A tabela 3.15 apresenta, para cada recurso de apoio, os participantes que não tiveram esse recurso, especificando os que indicaram a sua necessidade e os que não indicaram. O tamanho da amostra difere em cada recurso, porque corresponde, apenas, aos participantes que não tiveram esse recurso.

O apoio dos avós foi o que obteve maior percentagem (57,64%) seguido do cônjuge (42,67%). Nos recursos de apoio formal, foi o acesso telefónico a enfermeiro especialista o mais mencionado pelos participantes (23,47%), seguido do da visita de enfermeiros a casa (23,42%) e de guias elaborados por profissionais (22,99%).

Os enfermeiros não foram indicados como necessários por 84,87% dos participantes e os médicos por 83,74%

Tabela 3.15: Frequências dos participantes em função dos recursos de apoio que não tiveram e indicaram necessitarem.

Recursos de apoio	Participantes que indicaram necessitarem		Participantes que não indicaram necessitarem	
	n.º	%	n.º	%
Cônjuge (n=75)	32	42,67	43	57,33
Avós (n=144)	83	57,64	61	42,36
Outros familiares (n=477)	122	25,58	355	74,42
Guias elaborados por profissionais (n=622)	143	22,99	479	77,01
Informação escrita/livros/revistas (n=351)	51	14,53	300	85,47
Médicos (n=203)	33	16,26	170	83,74
Enfermeiros (n=304)	46	15,13	258	84,87
Acesso telefónico a enfermeiro especialista (n=622)	146	23,47	476	76,53
Visita de enfermeiros a casa (n=965)	226	23,42	739	76,58
Outros pais (n=728)	101	13,87	627	86,13
Amigos (n=469)	57	12,15	412	87,85
Vizinhos (n=787)	93	11,82	694	88,18
Internet (n=597)	71	11,89	526	88,11

### 3.2.4. EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA

#### **Autopercepção da confiança dos participantes**

A tabela 3.16 descreve os dados dos diversos itens e dimensões da Escala de Autopercepção da Confiança no Exercício da Parentalidade Positiva (ECPPP).

A dimensão *comunicação positiva com a criança* foi onde, em média, os participantes perceberam mais confiança (M=4,00; DP=0,67), havendo três itens com valores médios superiores a 4, sendo *nos benefícios para a criança de um relacionamento caloroso e de amor* o item em que, em média, os participantes apresentaram maior autoconfiança (M=4,32; DP=0,81). *Na interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar* foi o item desta dimensão que obteve um valor médio mais baixo (M=3,75; DP=0,82).

Na dimensão *necessidades físicas da criança* foi onde, em média, os participantes apresentaram menor autoconfiança (M=3,55; DP=0,65), sendo *a cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas* o item de valor de média mais baixo (M=3,26; DP=1,02), seguido do *avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança* (M=3,33; DP=1,01), do *ajudar a criança a estabelecer o seu padrão de sono* (M=3,46; DP=1,01) e dos *procedimentos na amamentação* (M=3,55; DP=1,06).

Dos itens incluídos nas outras dimensões, o *perceber os sinais de doença na criança* foi onde os participantes, em média, perceberam menos confiança (M=3,27; DP=0,92), seguido do *cuidar da criança quando está doente* (M=3,50; DP=0,90), de *utilizar disciplina positiva em vez de castigos, ameaças e restrições* (M=3,53; DP=0,90) e de *saber quais as ações que estimulam a criança* (M=3,55; DP=0,87).

Os dados têm uma dispersão média a elevada em relação à média, em que os CV dos itens variam entre 18,75% a 31,29%.

Tabela 3.16: Médias, desvios-padrão e coeficientes de variação das respostas aos itens e dimensões da ECPPP.

Dimensões e itens do exercício da parentalidade positiva	Confiança dos participantes (N=1011)		
	M	DP	CV
<b>D1 - Necessidades Físicas da Criança</b>	3,55	0,65	18,31
Nos procedimentos na amamentação	3,55	1,06	29,86
Nos procedimentos para aleitamento	3,66	0,94	25,68
A lidar com o comportamento da criança na amamentação/aleitamento	3,56	0,96	26,97
A avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança	3,33	1,01	30,33
Na introdução de novos alimentos	3,71	0,87	23,45
Na preparação das primeiras sopas	3,76	0,97	25,80
A ajudar a criança a estabelecer o seu padrão de sono	3,46	1,01	29,19
A dar os primeiros banhos	3,70	1,13	30,54
A cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas	3,26	1,02	31,29
<b>D2 – Segurança da Criança</b>	3,82	0,64	16,75
Na identificação dos alimentos saudáveis	3,96	0,89	22,47
Na preparação de um ambiente seguro (sem perigos) para a criança	3,77	0,88	23,34
Na identificação de ambientes nocivos para a criança (exposição ao tabaco, chumbo, mercúrio, toxinas)	4,09	0,97	23,72
A perceber os sinais de doença na criança	3,27	0,92	28,13
A cuidar da criança quando está doente	3,50	0,90	25,71
Na compreensão da importância da vigilância de saúde da criança (levar a consultas e vacinas)	4,33	0,84	19,40
<b>D3 - Desenvolvimento, Comportamento e Estimulação da Criança</b>	3,74	0,66	17,65
A conhecer as fases do desenvolvimento da criança	3,76	0,87	23,14
Saber quais as ações que estimulam a criança.	3,55	0,87	24,51
Na escolha de materiais de aprendizagem de acordo com a idade da criança (brinquedos, música, livros)	3,89	0,84	21,59
Nas atitudes que promovem comportamentos adequados na criança	3,59	0,82	22,84
A aproveitar o momento do banho para estimular a criança	3,90	0,89	22,82
A aproveitar o momento da alimentação para estimular a criança	3,78	0,89	23,28
<b>D4 - Comunicação Positiva com a Criança</b>	4,00	0,67	16,75
A responder com afeto ao choro da criança	4,02	0,89	22,14
Na interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar	3,75	0,82	21,87
Nos benefícios para a criança de um relacionamento caloroso e de amor	4,32	0,81	18,75
No estabelecimento de atividades que fazem a criança sentir-se especial e importante	4,02	0,83	20,65
Nas atitudes que proporcionam uma comunicação positiva com a criança (simples, clara e estimulante)	3,85	0,80	20,78
<b>D5 - Disciplina Positiva</b>	3,75	0,71	18,93
Na compreensão da importância da disciplina para a criança.	3,92	0,84	21,43
A estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança	3,70	0,85	22,97
A utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições	3,53	0,90	25,50
A ser um bom modelo para a criança	3,86	0,83	21,50

## Autoperceção das dificuldades dos participantes

A tabela 3.17 descreve os dados dos diversos itens e dimensões da Escala de Autoperceção das Dificuldades no Exercício da Parentalidade Positiva (EDPPP). A dimensão *necessidades físicas da criança* foi onde, em média, houve mais dificuldades (M=2,53; DP=0,65) e na *comunicação positiva* foi onde o valor médio das dificuldades foi menor (M=2,19; DP=0,71). Os itens com valores de média mais elevada situam-se na dimensão *necessidades físicas e na dimensão segurança* e referem-se a *cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas* (M=2,92; DP=1,06), a *perceber os sinais de doença* (M=2,78; DP=0,95), *cuidar quando a criança está doente* (M=2,77; DP=0,95), *a ajudar a criança a estabelecer o padrão de sono* (M=2,71; DP= 1,11) e *a avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança* (M=2,71; DP=1,01).

Tabela 3.17: Médias, desvios-padrão e coeficientes de variação das respostas aos itens e dimensões da EDPPP

Dimensões e itens do exercício da parentalidade positiva	Dificuldades (N=1011)		
	M	DP	CV
<b>D1 - Necessidades Físicas da criança</b>	<b>2,53</b>	<b>0,65</b>	<b>25,69</b>
Nos procedimentos na amamentação	2,57	1,12	43,58
Nos procedimentos para aleitamento	2,36	1,00	42,37
A lidar com o comportamento da criança na amamentação/aleitamento	2,53	1,00	39,53
A avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança	2,71	1,01	37,27
Na introdução de novos alimentos	2,47	0,97	39,27
Na preparação das primeiras sopas	2,26	1,06	46,90
A ajudar a criança a estabelecer o seu padrão de sono	2,71	1,11	40,96
A dar os primeiros banhos	2,27	1,14	50,22
A cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas	2,92	1,06	36,30
<b>D2 - Segurança</b>	<b>2,31</b>	<b>0,65</b>	<b>28,14</b>
Na identificação dos alimentos saudáveis	2,16	0,98	45,37
Na preparação de um ambiente seguro (sem perigos) para a criança	2,38	0,94	39,50
Na identificação de ambientes nocivos para a criança (exposição ao tabaco, chumbo, mercúrio, toxinas)	1,99	1,00	50,25
A perceber os sinais de doença na criança	2,78	0,95	34,17
A cuidar da criança quando está doente	2,77	0,95	34,30
Na compreensão da importância da vigilância de saúde da criança (levar a consultas e vacinas)	1,78	0,95	53,37
<b>D3 - Desenvolvimento, Comportamento e Estimulação da Criança</b>	<b>2,37</b>	<b>0,67</b>	<b>28,27</b>
A conhecer as fases do desenvolvimento da criança	2,34	0,90	38,46
Saber quais as ações que estimulam a criança.	2,55	0,88	34,51
Na escolha de materiais de aprendizagem de acordo com a idade da criança (brinquedos, música, livros)	2,25	0,88	39,11
Nas atitudes que promovem comportamentos adequados na criança	2,51	0,85	33,86
A aproveitar o momento do banho para estimular a criança	2,19	0,92	42,01
A aproveitar o momento da alimentação para estimular a criança	2,36	0,93	39,41

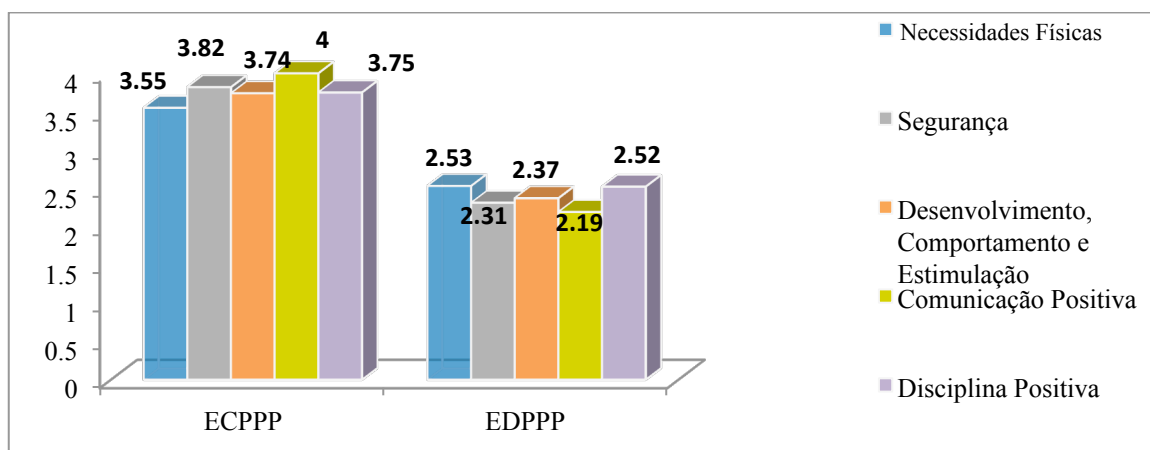
(continua)

Tabela 3.17: Médias, desvios-padrão e coeficientes de variação das respostas aos itens e dimensões da EDPPP (continuação)

<b>D4 - Comunicação Positiva com a Criança</b>	<b>2,19</b>	<b>0,71</b>	<b>32,42</b>
A responder com afeto ao choro da criança	2,22	0,97	43,69
Na interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar	2,47	0,88	35,63
Nos benefícios para a criança de um relacionamento caloroso e de amor	1,84	0,90	48,91
No estabelecimento de atividades que fazem a criança sentir-se especial e importante	2,10	0,91	43,33
Nas atitudes que proporcionam uma comunicação positiva com a criança (simples, clara e estimulante)	2,27	0,86	37,89
<b>D5 - Disciplina Positiva</b>	<b>2,52</b>	<b>0,77</b>	<b>30,56</b>
Na compreensão da importância da disciplina para a criança.	2,42	0,97	40,08
A estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança	2,58	0,94	36,43
A utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições	2,65	0,91	34,34
A ser um bom modelo para a criança	2,39	0,92	38,49

O gráfico 3.2 descreve as médias das dimensões das duas escalas do exercício da parentalidade positiva, evidenciando que nas dimensões da ECPPP os valores foram, em média, mais elevados do que na EDPPP.

Gráfico 3.2: Médias das dimensões das escalas do exercício da parentalidade positiva (ECPPP e EDPPP)



### Necessidade de conhecimentos dos participantes

A tabela 3.18 descreve os dados sobre a auto percepção da necessidade de conhecimentos dos participantes nos diversos itens e dimensões da ENCPPP. A dimensão *disciplina positiva* foi onde, em média, os participantes referiram mais necessidade de conhecimentos ( $M=2,78$ ;  $DP=0,95$ ), seguida da dimensão *desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança* ( $M=2,68$ ;  $DP=0,87$ ). Os itens com valores de média mais elevada foram *a perceber os sinais de doença na criança* ( $M=3,13$ ;

DP=1,11), *a cuidar da criança quando está doente* (M=3,06; DP=1,08), *a cuidar quando a criança tem ou tinha cólicas* (M=2,99; DP=1,11) e *a utilizar disciplina positiva em vez de castigos, ameaças e restrições* (M=2,94; DP=1,06).

Tabela 3.18: Médias, desvios-padrão e coeficientes de variação das respostas aos itens e dimensões da ENCP PP.

Dimensões e itens do exercício da parentalidade positiva	Necessidade de conhecimentos		
	M	DP	CV
<b>Necessidades Físicas da Criança</b>	<b>2,58</b>	<b>0,75</b>	<b>29,07</b>
Nos procedimentos na amamentação	2,52	1,13	44,84
Nos procedimentos para aleitamento	2,43	1,07	44,03
A lidar com o comportamento da criança na amamentação/aleitamento	2,56	1,03	40,23
A avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança	2,76	1,06	38,41
Na introdução de novos alimentos	2,64	1,05	39,77
Na preparação das primeiras sopas	2,44	1,12	45,90
A ajudar a criança a estabelecer o seu padrão de sono	2,63	1,14	43,35
A dar os primeiros banhos	2,28	1,15	50,44
A cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas	2,99	1,11	37,12
<b>Segurança da Criança</b>	<b>2,60</b>	<b>0,82</b>	<b>31,54</b>
Na identificação dos alimentos saudáveis	2,47	1,10	44,53
Na preparação de um ambiente seguro (sem perigos) para a criança	2,52	1,08	42,86
Na identificação de ambientes nocivos para a criança (exposição ao tabaco, chumbo, mercúrio, toxinas)	2,28	1,18	51,75
A perceber os sinais de doença na criança	3,13	1,11	35,46
A cuidar da criança quando está doente	3,06	1,08	35,29
Na compreensão da importância da vigilância de saúde da criança (levar a consultas e vacinas)	2,14	1,14	53,27
<b>Desenvolvimento, Comportamento e Estimulação da Criança</b>	<b>2,68</b>	<b>0,87</b>	<b>32,46</b>
A conhecer as fases do desenvolvimento da criança	2,70	1,08	40,00
Saber quais as ações que estimulam a criança.	2,90	1,08	37,24
Na escolha de materiais de aprendizagem de acordo com a idade da criança (brinquedos, música, livros)	2,59	1,06	40,93
Nas atitudes que promovem comportamentos adequados na criança	2,79	1,01	36,20
A aproveitar o momento do banho para estimular a criança	2,47	1,10	44,53
A aproveitar o momento da alimentação para estimular a criança	2,58	1,05	40,70
<b>Comunicação Positiva com a Criança</b>	<b>2,48</b>	<b>0,90</b>	<b>36,29</b>
A responder com afeto ao choro da criança	2,49	1,10	44,18
Na interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar	2,69	1,01	37,55
Nos benefícios para a criança de um relacionamento caloroso e de amor	2,16	1,11	51,39
No estabelecimento de atividades que fazem a criança sentir-se especial e importante	2,47	1,10	44,53
Nas atitudes que proporcionam uma comunicação positiva com a criança (simples, clara e estimulante)	2,59	1,06	40,93
<b>Disciplina Positiva</b>	<b>2,78</b>	<b>0,95</b>	<b>34,17</b>
Na compreensão da importância da disciplina para a criança.	2,69	1,13	42,01
A estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança	2,83	1,08	38,16
A utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições	2,94	1,06	36,05
A ser um bom modelo para a criança	2,63	1,08	41,06

### 3.2.5. IDADE DA CRIANÇA EM QUE AS DIFICULDADES NO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE FORAM MAIS SENTIDAS

A amostra total para esta variável foi constituída por 994 participantes, correspondendo aos que responderam a esta questão e que identificaram a idade da criança. A tabela 3.19 apresenta os tamanhos da amostra para cada grupo etário resultantes das idades das crianças no momento da colheita de dados.

Destes 994 participantes, 20 tinham crianças de 3 meses, 71 tinham crianças com mais de 3 meses e menos ou igual a 7 meses, 93 tinham crianças com mais de 7 meses e menos ou igual a 12 meses, 359 tinham crianças com mais de 12 meses de idade e menos ou igual a 24 meses e 452 participantes tinham crianças com mais de 24 meses de idade.

Todas as crianças tinham mais de três meses, pelo que todos os participantes tinham experiência para se pronunciarem sobre as dificuldades nos primeiros três meses. Nas dificuldades sentidas nas restantes idades foram excluídos os participantes com crianças de idade inferior a esse grupo, pelo que às dificuldades sentidas dos dois aos três anos a amostra foi de 452 participantes.

A tabela 3.19 explicita o número de participantes que mencionaram dificuldades por idade da criança em que as mesmas ocorreram. Visualiza-se que foram identificadas dificuldades em todos os grupos etários, mas na idade da criança dos 13 aos 24 meses foi onde a maior percentagem de participantes (78,30%) mencionou dificuldades e na idade dos 4 aos 7 meses foi onde a percentagem foi menor (38,30%).

Tabela 3.19: Frequências dos participantes em função da idade das crianças em que ocorreram as dificuldades, independentemente da área de dificuldades.

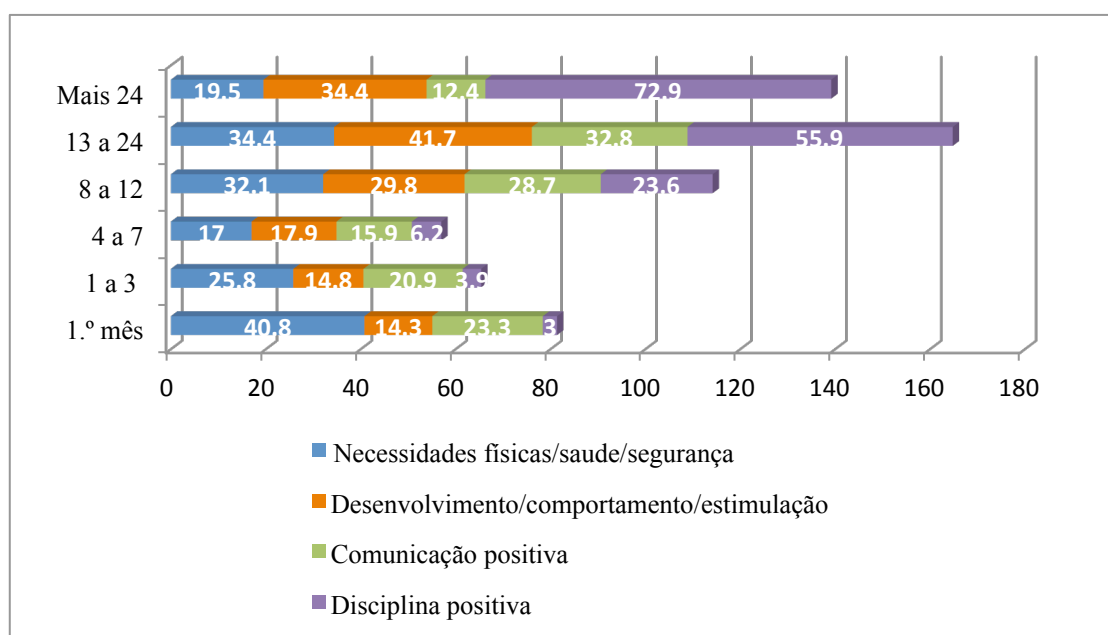
Idade da criança	Participantes com dificuldades	
	n.º	%
No 1 mês (n=994)	521	52,41
De 1 aos 3 meses (n=994)	459	46,18
Dos 4 aos 7 meses (n=974)	373	38,30
Dos 8 aos 12 meses (n=903)	584	64,67
Dos 13 aos 24 meses (n=811)	635	78,30
Depois dos 24 meses (n=452)	343	75,88

O gráfico 3.3 complementa a informação da tabela anterior e especifica as dificuldades por dimensões da parentalidade positiva.

Dos 521 participantes que referiram dificuldades no primeiro mês de vida da criança, em 40,80% essas dificuldades foram na satisfação das necessidades físicas, saúde e segurança da criança. Dos 459 participantes que referiram dificuldades na idade da criança de 1 aos 3 meses, em 25,80% também foi na satisfação das necessidades básicas, saúde e segurança da criança. Dos 373 participantes com dificuldades na idade da criança dos 4 aos 7 meses, em 17,90% as dificuldades foram relacionadas com o desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança. Dos 584 participantes que tiveram dificuldades dos 8 aos 12 meses da criança, em 32,10% foi na satisfação das necessidades básicas, saúde e segurança da criança. Dos 635 participantes que tiveram dificuldades dos 13 aos 24 meses da criança, em 55,90% essas dificuldades foram relacionadas com a disciplina da criança. Dos 343 participantes que mencionaram dificuldades em idades da criança superiores a 24 meses, em 72,90% essas dificuldades também foram na disciplina da criança.

Visualiza-se que, em todos os grupos etários, foram sentidas dificuldades nas várias dimensões. No 1.º mês e de 1 a 3 meses foi na satisfação de necessidades básicas, saúde e segurança da criança onde mais participantes (40,80% e 25,80%) sentiram dificuldades e a partir dos 13 meses as dificuldades foram, maioritariamente, na disciplina e no desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança.

Gráfico 3.3: Percentagem de participantes que tiveram dificuldades em cada grupo etário das crianças, por áreas de dificuldades



### 3.2.6. RELAÇÃO ENTRE O EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA E AS CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES.

Na análise desta relação foram enunciadas duas hipóteses. A primeira (H1) verificou as correlações entre os totais das dimensões das duas escalas do exercício da parentalidade positiva, da escala da necessidade de conhecimentos para esse exercício e a idade dos participantes. A segunda (H2) verificou a existência de diferenças de médias entre os totais das dimensões das duas escalas do exercício da parentalidade positiva segundo as variáveis sociodemográficas dos participantes.

**H1: Existem correlações estatisticamente significativas entre o exercício da parentalidade positiva (autopercepção da confiança e autopercepção das dificuldades) dos participantes, a autopercepção da necessidade de conhecimentos e a idade dos mesmos.**

Os resultados das correlações de *Pearson* (Tabela 3.20) permitiram constatar a existência de correlações estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ) entre os totais das dimensões em cada uma das escalas.

Entre os totais das dimensões da ECPPP e os totais das dimensões da ENCPPP as correlações foram negativas e estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ), pelo que ao aumento de autopercepção de confiança no exercício da parentalidade positiva esteve associada, em média, a diminuição da necessidade de conhecimentos para esse exercício. Os valores entre estas duas escalas indicaram uma associação linear baixa a moderada, sendo a correlação entre a percepção de confiança nas necessidades físicas da criança e a percepção da necessidade de conhecimentos nessa mesma dimensão a de valor mais elevado ( $r = -0,502$ ;  $p < 0,01$ ).

Correlações também significativas ( $p < 0,01$ ) e positivas verificaram-se entre os totais das dimensões da EDPPP e da ENCPPP, com valores que indicaram uma associação linear moderada a alta, sendo o valor mais elevado o da dimensão necessidades físicas da criança ( $r = 0,712$ ;  $p < 0,01$ ). Consequentemente, ao aumento de autopercepção de dificuldades no exercício da parentalidade positiva esteve associado, em média, o aumento de autopercepção da necessidade de conhecimentos para esse exercício.

Em relação à idade dos participantes, verificou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa com a percepção da confiança na dimensão desenvolvimento,

comportamento e estimulação ( $r=-0,073$ ;  $p<0,05$ ) e uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a percepção de dificuldades na dimensão comunicação positiva ( $r=0,067$ ;  $p<0,05$ ). Estes resultados indicaram que a um aumento de idade esteve associado, em média, uma diminuição da percepção da confiança no desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança e um aumento de percepção de dificuldades na comunicação positiva.

Tabela 3.20: Correlações de *Pearson* entre os totais das dimensões das ECPPP e EDPPP e os totais das dimensões da ENCPMP e entre a idade dos participantes.

Dimensões	Autoperceção de necessidade de conhecimentos (ENCPMP)					Idade
	1	2	3	4	5	
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
<b>Autoperceção de confiança (ECPPP)</b>						
1. Necessidades físicas da criança	-0,502**	-0,390**	-0,375**	-0,354**	-0,354**	0,010
2. Segurança da criança	-0,378**	-0,460**	-0,367**	-0,384**	-0,349**	-0,038
3. Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança	-0,355**	-0,385**	-0,475**	-0,429**	-0,411**	-0,073*
4. Comunicação positiva	-0,264**	-0,281**	-0,321**	-0,407**	-0,316**	-0,062
5. Disciplina positiva	-0,291**	-0,318**	-0,378**	-0,422**	-0,438**	-0,041
<b>Autoperceção das dificuldades (EDPPP)</b>						
1. Necessidades físicas da criança	0,712**	0,520**	0,458**	0,416**	0,400**	-0,042
2. Segurança da criança	0,561**	0,686**	0,488**	0,472**	0,441**	-0,015
3. Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança	0,527**	0,552**	0,684**	0,557**	0,525**	0,057
4. Comunicação positiva	0,399**	0,431**	0,484**	0,629**	0,473**	0,067*
5. Disciplina positiva	0,421**	0,466**	0,531**	0,548**	0,681**	0,045

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

1. Dimensão Necessidades Físicas da criança
2. Dimensão Segurança da criança
3. Dimensão Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança
4. Dimensão Comunicação positiva
5. Dimensão Disciplina positiva

**H2: Existem diferenças significativas entre o exercício da parentalidade positiva (autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades) dos participantes e o seu sexo e nível de escolaridade, a sua empregabilidade, remuneração familiar mensal e residência e de terem um ou mais filhos.**

## H2.1. Diferenças segundo o sexo dos participantes

Na comparação das médias relativas às dimensões das escalas do exercício da parentalidade positiva (ECPPP, EDPPP) verificou-se que os participantes do sexo feminino (as mães) tiveram, em média, mais autoperceção de confiança e menos autoperceção das dificuldades que os participantes do sexo masculino (os pais) em todas as dimensões das escalas (Tabela 3.21).

Com a aplicação do teste *t-Student* para grupos independentes verificou-se que as diferenças foram estatisticamente significativas em quatro dimensões da ECP: necessidades físicas da criança ( $t=4,579$ ;  $p=0,000$ ), segurança da criança ( $t=3,399$ ;  $p=0,001$ ), desenvolvimento, comportamento e estimulação ( $t=3,281$ ;  $p=0,001$ ) e comunicação positiva ( $t=3,032$ ;  $p=0,002$ ).

Na EDPPP as cinco dimensões apresentaram diferenças estatisticamente significativas: necessidades físicas da criança ( $t=-3,548$ ;  $p=0,000$ ), segurança da criança ( $t=-4,619$ ;  $p=0,000$ ), desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança ( $t=-3,258$ ;  $p=0,001$ ) e comunicação positiva ( $t=-3,116$ ;  $p=0,002$ ) e a disciplina positiva ( $t=-2,115$ ;  $p=0,035$ ) (Tabela 3.21).

Concluiu-se que as mães perceberam, em média, mais confiança que os pais nas dimensões necessidades físicas, segurança, desenvolvimento, comportamento e estimulação e comunicação positiva e os pais perceberam, em média, mais dificuldades que as mães em todas as dimensões da EDPPP.

Tabela 3.21: Médias e desvios-padrão das dimensões das ECP e EDPPP em função do sexo dos participantes e resultados do teste *t-Student* para grupos independentes.

Dimensões das escalas da parentalidade positiva	Feminino (n=664)		Masculino (n=347)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
<b>Autoperceção de confiança (ECP)</b>						
Necessidades físicas da criança	3,62	0,64	3,43	0,64	<b>4,579</b>	<b>0,000</b>
Segurança da criança	3,87	0,63	3,73	0,64	<b>3,399</b>	<b>0,001</b>
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	3,79	0,66	3,65	0,65	<b>3,281</b>	<b>0,001</b>
Comunicação positiva	4,04	0,67	3,91	0,66	<b>3,032</b>	<b>0,002</b>
Disciplina positiva	3,77	0,72	3,73	0,69	0,851	0,395
<b>Autoperceção das dificuldades (EDPPP)</b>						
Necessidades físicas da criança	2,48	0,64	2,63	0,65	<b>-3,548</b>	<b>0,000</b>
Segurança da criança	2,24	0,65	2,44	0,64	<b>-4,619</b>	<b>0,000</b>
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	2,32	0,67	2,47	0,67	<b>-3,258</b>	<b>0,001</b>
Comunicação positiva	2,14	0,72	2,28	0,69	<b>-3,116</b>	<b>0,002</b>
Disciplina positiva	2,48	0,78	2,59	0,75	<b>-2,115</b>	<b>0,035</b>

## H2.2. Diferenças segundo a empregabilidade dos participantes

Pela comparação das médias apresentadas na tabela 3.22 relativas às dimensões das ECPPP e EDPPP verificou-se que, em média, os participantes desempregados perceberam mais confiança e menos dificuldades do que os participantes empregados, sendo as diferenças estatisticamente significativas na dimensão necessidades físicas da criança ( $t=2,582$ ;  $p=0,010$ ) e na dimensão disciplina positiva ( $t=2,460$ ;  $p=0,014$ ) da EDPPP. Em consequência, os participantes empregados perceberam, em média, mais dificuldades na dimensão necessidades físicas da criança ( $M=2,41$ ;  $DP=0,59$ ) e na dimensão disciplina positiva ( $M=2,54$ ;  $DP=0,76$ ) do que os participantes desempregados ( $M=2,25$ ;  $DP=0,64$ ; e  $M=2,35$ ;  $DP=0,81$ ).

Tabela 3.22: Médias e desvios-padrão das dimensões das ECPPP e EDPPP, em função da empregabilidade dos participantes e resultados do teste *t-Student* para grupos independentes.

Dimensões	Empregado (n=881)		Desempregado (n=107)		t	p
	M	DP	M	DP		
<b>Autopercepção de confiança (ECPPP)</b>						
Necessidades físicas da criança	3,71	0,58	3,80	0,65	-1,507	0,132
Segurança da criança						
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	3,73	0,65	3,79	0,76	-0,699	0,486
Comunicação positiva	3,99	0,65	4,02	0,76	-0,406	0,685
Disciplina positiva	3,74	0,70	3,84	0,79	-1,339	0,181
<b>Autopercepção das dificuldades (EDPPP)</b>						
Necessidades físicas da criança	2,41	0,59	2,25	0,64	<b>2,582</b>	<b>0,010</b>
Segurança da criança						
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	2,38	0,66	2,27	0,77	1,428	0,156
Comunicação positiva	2,20	0,71	2,10	0,75	1,396	0,163
Disciplina positiva	2,54	0,76	2,35	0,81	<b>2,460</b>	<b>0,014</b>

## H2.3. Diferenças segundo a remuneração familiar mensal dos participantes

A tabela 3.23 apresenta os resultados do teste *Anova* entre as dimensões das escalas (ECPPP e EDPPP) e quatro grupos de remuneração familiar mensal.

Os resultados evidenciam que não houve diferenças estatisticamente significativas entre a autopercepção de confiança e autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva em função da remuneração familiar mensal.

Tabela 3.23: Médias e desvios-padrão das dimensões das ECPPP e EDPPP, em função da remuneração familiar mensal dos participantes e resultados do teste *Anova* para quatro grupos independentes

Dimensões das escalas	Remuneração familiar								F	p
	Menos 1000 (n=229)		De 1000 a 2000 (n=560)		De 2001 a 3000 (n=149)		Superior a 3000 (n=52)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
<b>Autopercepção de confiança (ECPPP)</b>										
Necessidades físicas da criança	3,59	0,69	3,55	0,64	3,52	0,59	3,56	0,65	0,378	0,769
Segurança da criança	3,80	0,69	3,79	0,63	3,89	0,59	3,95	0,60	1,697	0,166
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	3,78	0,72	3,72	0,64	3,76	0,65	3,80	0,65	0,717	0,542
Comunicação positiva	3,93	0,75	3,99	0,64	4,03	0,65	4,16	0,59	1,993	0,113
Disciplina positiva	3,73	0,80	3,75	0,69	3,78	0,66	3,76	0,61	0,146	0,932
<b>Autopercepção das dificuldades (EDPPP)</b>										
Necessidades físicas da criança	2,54	0,69	2,54	0,65	2,55	0,61	2,19	0,53	0,197	0,899
Segurança da criança	2,36	0,70	2,33	0,65	2,21	0,61	2,19	0,53	2,252	0,081
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	2,39	0,70	2,38	0,67	2,33	0,66	2,42	0,67	0,384	0,765
Comunicação positiva	2,25	0,75	2,20	0,70	2,10	0,71	2,07	0,54	1,851	0,136
Disciplina positiva	2,49	0,77	2,52	0,78	2,51	0,75	2,68	0,74	0,898	0,442

## H2.5. Diferenças segundo a residência dos participantes

As médias e desvios-padrão das dimensões das escalas da parentalidade positiva, em função da residência dos participantes e os resultados do teste *F* de *Snedecor* indicam que houve diferenças estatisticamente significativas nas médias da dimensão segurança da ECPPP ( $F=7,006$ ;  $p=0,001$ ) e das dimensões segurança ( $F=8,091$ ;  $p=0,000$ ), desenvolvimento, comportamento e estimulação ( $F=3,800$ ;  $p=0,023$ ), comunicação positiva ( $F=3,606$ ;  $p=0,028$ ) e disciplina positiva ( $F=5,304$ ;  $p=0,005$ ) da EDPPP.

Tabela 3.24: Médias e desvios padrão das dimensões das ECPPP e EDPPP, em função da residência dos participantes e resultados do teste *Anova* para três grupos independentes.

Dimensões das escalas	Residência (N=999)						F	p
	Cidade (n=292)		Vila (n=242)		Aldeia (n=465)			
	M	DP	M	DP	M	DP		
<b>Autopercepção de confiança (ECPPP)</b>								
Necessidades físicas da criança	3,54	0,64	3,57	0,62	3,55	0,65	0,139	0,870
Segurança da criança	3,91	0,62	3,86	0,61	3,74	0,65	<b>7,006</b>	<b>0,001</b>
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	3,80	0,67	3,75	0,70	3,70	0,64	1,753	0,174
Comunicação positiva	4,06	0,66	4,00	0,68	3,95	0,66	2,456	0,086
Disciplina positiva	3,81	0,72	3,80	0,74	3,70	0,69	2,931	0,054
<b>Autopercepção das dificuldades (EDPPP)</b>								
Necessidades físicas da criança	2,48	0,64	2,54	0,66	2,57	0,64	2,064	0,128
Segurança da criança	2,20	0,63	2,30	0,66	2,40	0,65	<b>8,091</b>	<b>0,000</b>
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	2,32	0,68	2,31	0,70	2,44	0,65	<b>3,800</b>	<b>0,023</b>
Comunicação positiva	2,11	0,67	2,17	0,79	2,25	0,69	<b>3,606</b>	<b>0,028</b>
Disciplina positiva	2,47	0,78	2,43	0,75	2,61	0,76	<b>5,304</b>	<b>0,005</b>

Pela análise da tabela 3.25 e aplicando o teste *Post-hoc* nas dimensões em que havia diferenças significativa, verifica-se que os participantes da aldeia perceberam menos confiança que os da cidade (DM=-0,17; p=0,001) e os da vila (DM=-0,12; p=0,042) na dimensão segurança; perceberam mais dificuldades que os da cidade nas dimensões segurança (DM=0,19; p=0,000), comunicação positiva (DM=0,14; p=0,015) e disciplina positiva (DM=0,14; p=0,039) e mais dificuldades que os da vila na disciplina positiva (DM=0,17; p=0,010).

Tabela 3.25: Teste *Post-hoc* (*Games-Howell*) nas dimensões das ECPPP e EDPPP onde se verificaram diferenças de médias, em função da residência dos participantes.

Dimensões das escalas	Residência		DM	<i>p</i>
<b>Autopercepção de confiança (ECPPP)</b>				
Segurança da criança	Aldeia	Cidade	-0,17	<b>0,001</b>
	Aldeia	Vila	-0,12	<b>0,042</b>
<b>Autopercepção das dificuldades (EDPPP)</b>				
Segurança da criança	Aldeia	Cidade	0,19	<b>0,000</b>
Comunicação positiva	Aldeia	Cidade	0,14	<b>0,015</b>
Disciplina positiva	Aldeia	Cidade	0,14	<b>0,039</b>
		Vila	0,17	<b>0,010</b>

DM – Diferença de médias

## H2.6. Diferenças segundo o nível de escolaridade dos participantes

Pela análise dos dados da tabela 3.26, verifica-se que, em função do nível de escolaridade dos participantes, existiram diferenças de médias no exercício da parentalidade positiva na percepção de confiança na dimensão comunicação positiva ( $F=4,207$ ;  $p=0,006$ ), na percepção das dificuldades nas dimensões segurança ( $F=5,049$ ;  $p=0,002$ ), desenvolvimento, comportamento e estimulação ( $F=3,673$ ;  $p=0,012$ ) e comunicação positiva ( $F=6,124$ ;  $p=0,000$ ).

Tabela 3.26: Médias e desvios-padrão nas dimensões das ECPPP e EDPPP, em função do nível de escolaridade dos participantes e resultados do teste *Anova* para quatro grupos independentes.

Dimensões das escalas	Níveis de Escolaridade (N=1007)								F	p
	Básico incompleto (n=100)		Básico (n=195)		Secundário (n=359)		Superior (n=353)			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
<b>Autopercepção de confiança (ECPPP)</b>										
Necessidades físicas da criança	3,52	0,76	3,55	0,69	3,56	0,60	3,56	0,63	0,100	0,960
Segurança da criança	3,76	0,70	3,76	0,71	3,82	0,60	3,88	0,60	1,720	0,161
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	3,71	0,70	3,69	0,69	3,75	0,62	3,79	0,67	1,012	0,386
Comunicação positiva	3,91	0,72	3,88	0,74	4,01	0,63	4,08	0,63	<b>4,207</b>	<b>0,006</b>
Disciplina positiva	3,73	0,76	3,69	0,79	3,75	0,68	3,81	0,68	1,415	0,237
<b>Autopercepção das dificuldades (EDPPP)</b>										
Necessidades físicas da criança	2,56	0,79	2,56	0,66	2,55	0,62	2,51	0,63	0,319	0,812
Segurança da criança	2,37	0,71	2,42	0,65	2,34	0,68	2,21	0,60	<b>5,049</b>	<b>0,002</b>
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	2,45	0,71	2,46	0,69	2,40	0,66	2,28	0,65	<b>3,673</b>	<b>0,012</b>
Comunicação positiva	2,29	0,76	2,31	0,74	2,20	0,70	2,07	0,67	<b>6,124</b>	<b>0,000</b>
Disciplina positiva	2,48	0,79	2,64	0,74	2,50	0,79	2,48	0,76	1,971	0,117

A tabela 3.27 evidencia que as diferenças no exercício da parentalidade descritas na tabela 3.26 foram, principalmente, entre os participantes que tinham o ensino básico (incompleto ou completo) e os que tinham o ensino superior para todas as dimensões em que as diferenças se verificaram. As diferenças mais significativas ocorreram na percepção das dificuldades nas dimensões segurança entre os participantes com o Ensino Básico incompleto e os participantes com Ensino Superior (DM=0,209;  $p=0,001$ ) e na comunicação positiva entre os participantes com o Ensino Básico e os participantes com Ensino Superior (DM=0,243;  $p=0,001$ ).

Tabela 3.27: Teste *Post-hoc* (*Games-Howell*) nas dimensões das ECPPP e EDPPP onde se verificaram diferenças de médias, em função da escolaridade dos participantes.

Dimensões das escalas	Escolaridade			DM	p
	Níveis de Ensino				
<b>Autopercepção de confiança (ECPPP)</b>					
Comunicação positiva	Ensino básico		Ensino Superior	<b>-0,191</b>	<b>0,013</b>
<b>Autopercepção das dificuldades (EDPPP)</b>					
Segurança da criança	Ensino Básico incompleto		Ensino Superior	<b>0,209</b>	<b>0,001</b>
	Ensino Básico completo		Ensino Superior	<b>0,127</b>	<b>0,042</b>
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	Ensino básico		Ensino Superior	<b>0,174</b>	<b>0,023</b>
	Ensino básico Incompleto		Ensino Superior	<b>0,223</b>	<b>0,043</b>
Comunicação positiva	Ensino básico		Ensino Superior	<b>0,243</b>	<b>0,001</b>
	Ensino Secundário		Ensino Superior	<b>0,134</b>	<b>0,047</b>

DM – Diferença de médias

## H2.7. Diferenças segundo os participantes terem um ou mais filhos

Pela análise dos resultados descritos na tabela 3.28, constata-se que as diferenças de médias para os totais das dimensões das escalas do exercício da parentalidade positiva, entre os participantes com um filho e os com mais filhos, foram estatisticamente significativas nas dimensões necessidades físicas da criança ( $p < 0,01$ ) e segurança da criança ( $p < 0,05$ ) nas duas escalas. Em consequência, pode-se afirmar que os participantes com um filho perceberam, em média, menos confiança e mais dificuldades do que os participantes com mais filhos nas dimensões necessidades físicas ( $t = -6,134$ ;  $p = 0,000$  e  $t = 6,053$ ;  $p = 0,000$ ) e segurança ( $t = -2,528$ ;  $p = 0,012$  e  $t = 2,903$ ;  $p = 0,004$ ).

Tabela 3.28: Médias e desvios-padrão nas dimensões das ECPPP e EDPPP, em função dos participantes terem um ou mais filhos e resultados do teste *t-Student* para grupos independentes.

Dimensões das escalas	Participantes				<i>t</i>	<i>p</i>
	Um filho (n=528)		Mais do que um filho (n=478)			
	M	DP	M	DP		
<b>Autoperceção de confiança (ECPPP)</b>						
Necessidades físicas da criança	3,44	0,60	3,68	0,67	<b>-6,134</b>	<b>0,000</b>
Segurança da criança	3,77	0,61	3,87	0,67	<b>-2,528</b>	<b>0,012</b>
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	3,73	0,65	3,76	0,67	-0,807	0,420
Comunicação positiva	4,02	0,64	3,98	0,69	0,802	0,423
Disciplina positiva	3,75	0,69	3,77	0,74	-0,482	0,630
<b>Autoperceção das dificuldades (EDPPP)</b>						
Necessidades físicas da criança	2,65	0,61	2,41	0,67	<b>6,053</b>	<b>0,000</b>
Segurança da criança	2,37	0,63	2,25	0,68	<b>2,903</b>	<b>0,004</b>
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	2,38	0,65	2,36	0,70	0,580	0,562
Comunicação positiva	2,18	0,68	2,19	0,74	-0,382	0,703
Disciplina positiva	2,53	0,74	2,51	0,81	0,386	0,700

### 3.2.7. RELAÇÃO ENTRE O EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA E AS CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS.

Na análise desta relação foram enunciadas duas hipóteses. A primeira (H3) verificou a correlação entre os totais das dimensões das duas escalas do exercício da parentalidade positiva, da escala do comportamento da criança e da sua idade. A segunda (H4) verificou a existência de diferenças de médias entre os totais das dimensões das duas escalas do exercício da parentalidade positiva em função de duas variáveis que caracterizaram as crianças (Peso de nascimento e existência de problemas de saúde).

**H3: Existem correlações estatisticamente significativas entre o exercício da parentalidade positiva (autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades) dos participantes e o comportamento e a idade das crianças.**

A tabela 3.29 descreve os resultados das correlações de *Pearson* entre os totais das dimensões das escalas do exercício da parentalidade (ECPPP e EDPPP) e os totais da escala do comportamento da criança (ECCriança) e entre a idade da criança.

Na escala da autoperceção da confiança no exercício da parentalidade positiva houve uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o comportamento da criança nos totais das dimensões desenvolvimento, comportamento e estimulação ( $r=0,094$ ;  $p<0,01$ ), comunicação positiva ( $r=0,076$ ;  $p<0,05$ ) e disciplina positiva ( $r=0,115$ ;  $p<0,01$ ). Isto significa que, nestas dimensões, a valores mais elevados de perceção de confiança associaram-se, em média, valores mais elevados no comportamento da criança.

Na escala da autoperceção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva houve uma correlação negativa e estatisticamente significativa com o comportamento da criança nos totais das dimensões necessidades físicas ( $r=-0,104$ ;  $p<0,01$ ), desenvolvimento, comportamento e estimulação ( $r=-0,122$ ;  $p<0,01$ ), comunicação positiva ( $r=-0,081$ ;  $p<0,05$ ) e disciplina positiva ( $r=-0,135$ ;  $p<0,01$ ). Isto significa que, nestas dimensões, a valores mais elevados de perceção de dificuldades associaram-se, em média, valores mais baixos no comportamento da criança, ou vice-versa.

Na relação com a idade, apenas a perceção das dificuldades na disciplina positiva teve uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a idade da criança ( $r=0,072$ ;  $p<0,05$ ), pelo que a valores mais elevados de perceção de dificuldades dos

participantes na disciplina positiva associaram-se, em média, a idades mais elevadas dos seus filhos.

Tabela 3.29: Correlações de *Pearson* entre as dimensões das ECPPP e EDPPP e o comportamento (ECCriança) e idade da criança.

Dimensões das escalas	ECPPP		EDPPP	
	ECCriança	Idade da criança	ECCriança	Idade da criança
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Necessidades Físicas da criança	0,056	-0,032	<b>-0,104**</b>	0,029
Segurança da criança	0,023	0,016	0,034	-0,009
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	<b>0,094**</b>	-0,038	<b>-0,122**</b>	0,040
Comunicação positiva	<b>0,076*</b>	0,002	<b>-0,081*</b>	0,036
Disciplina positiva	<b>0,115**</b>	-0,057	<b>-0,135**</b>	<b>0,072*</b>

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

**ECPPP**: Escala de autoperceção da Confiança dos Pais na Parentalidade Positiva

**EDPPP**: Escala de autoperceção das Dificuldades dos Pais na Parentalidade Positiva

**ECCriança**: Escala do Comportamento da Criança

**H4: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o exercício da parentalidade positiva (autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades) dos participantes e a existência de problemas de saúde da criança e o seu peso de nascimento.**

#### **H4.1. Existência de problemas de saúde na criança**

A tabela 3.30 evidencia a existência de diferenças com significado estatístico no exercício da parentalidade positiva nas dimensões necessidades físicas, segurança e desenvolvimento, comportamento e estimulação das duas escalas e na dimensão disciplina de uma escala em função das crianças terem ou não problemas de saúde.

Os participantes com crianças sem problemas de saúde perceberam, em média, mais confiança no exercício da parentalidade positiva que os participantes com crianças com problemas de saúde. Essa diferença teve significado estatístico nas dimensões necessidades físicas ( $M=3,59$ ;  $DP=0,66$  e  $M=3,48$ ;  $DP=0,57$  com  $t=-2,504$ ;  $p=0,013$ ), segurança ( $M=3,86$ ;  $DP=0,65$  e  $M=3,75$ ;  $DP=0,57$  com  $t=-2,511$ ;  $p=0,012$ ) e desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança ( $M=3,79$ ;  $DP=0,68$  e  $M=3,63$ ;  $DP=0,59$  com  $t=-3,313$ ;  $p=0,001$ ).

Os participantes com crianças sem problemas de saúde perceberam, em média, menos dificuldades no exercício da parentalidade positiva que os participantes

com crianças com problemas de saúde. Essa diferença teve significado estatístico nas dimensões necessidades físicas (M=2,49; DP=0,66 e M=2,66; DP=0,58 com  $t=3,605$ ;  $p=0,000$ ), segurança (M=2,27; DP=0,67 e M=2,42; DP=0,58 com  $t=3,300$ ;  $p=0,001$ ), desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança (M=2,33; DP=0,69 e M=2,48; DP=0,63 com  $t=2,906$ ;  $p=0,004$ ) e disciplina positiva (M=2,48; DP=0,79 e M=2,61; DP=0,68 com  $t=2,525$ ;  $p=0,012$ ).

Tabela 3.30: Médias e desvios padrão nas dimensões das ECPPP e EDPPP, em função da existência de problemas de saúde na criança e resultados do teste *t-Student* para grupos independentes.

Dimensões das escalas	Criança com problemas saúde (n=217)		Criança sem problemas saúde (n=762)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
<b>Autopercepção de confiança (ECPPP)</b>						
Necessidades físicas da criança	3,48	0,57	3,59	0,66	<b>-2,504</b>	<b>0,013</b>
Segurança da criança	3,75	0,57	3,86	0,65	<b>-2,511</b>	<b>0,012</b>
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	3,63	0,59	3,79	0,68	<b>-3,313</b>	<b>0,001</b>
Comunicação positiva	3,98	0,64	4,01	0,67	-0,641	0,521
Disciplina positiva	3,68	0,69	3,79	0,72	-1,943	0,052
<b>Autopercepção das dificuldades (EDPPP)</b>						
Necessidades físicas da criança	2,66	0,58	2,49	0,66	<b>3,605</b>	<b>0,000</b>
Segurança da criança	2,42	0,58	2,27	0,67	<b>3,300</b>	<b>0,001</b>
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	2,48	0,63	2,33	0,69	<b>2,906</b>	<b>0,004</b>
Comunicação positiva	2,19	0,70	2,17	0,72	0,327	0,744
Disciplina positiva	2,61	0,68	2,48	0,79	<b>2,525</b>	<b>0,012</b>

#### H4.2. Peso de nascimento da criança

Na comparação das médias para os totais das dimensões das duas escalas dividiu-se a amostra em dois grupos, tendo como referência o ter ou não baixo peso ao nascer. Considerou-se baixo peso de nascimento, o peso inferior a 2500 gramas (WHO, 2007).

Pela tabela 3.31, verifica-se que existiram diferenças estatisticamente significativas no exercício da parentalidade positiva em função do peso de nascimento da criança na ECPPP nas dimensões necessidades físicas ( $t=-2,788$ ;  $p=0,005$ ), segurança ( $t=-2,809$ ;  $p=0,005$ ), desenvolvimento, comportamento e estimulação ( $t=-2,956$ ;  $p=0,003$ ) e disciplina positiva ( $t=-2,038$ ;  $p=0,042$ ) e na EDPPP nas dimensões necessidades físicas ( $t=2,007$ ;  $p=0,045$ ) e segurança ( $t=2,591$ ;  $p=0,010$ ). Assim, os participantes com crianças cujo peso de nascimento foi superior ou igual a 2500 gramas perceberam, em média,

mais confiança a nível das necessidades físicas, segurança, desenvolvimento, comportamento e estimulação e disciplina positiva da criança e perceberam, em média, menos dificuldades nas necessidades físicas e segurança da criança do que os participantes com crianças cujo peso de nascimento foi inferior a 2500 gramas.

Tabela 3.31: Médias e desvios-padrão nas dimensões das ECPPP e EDPPP, em função do peso de nascimento da criança e resultados do teste *t-Student* para grupos independentes.

Dimensões das escalas	Peso <2500gr. (n=80)		Peso ≥2500gr. (n=897)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
<b>Autoperceção de confiança (ECPPP)</b>						
Necessidades físicas da criança	3,36	0,70	3,57	0,64	<b>-2,788</b>	<b>0,005</b>
Segurança da criança	3,63	0,70	3,84	0,63	<b>-2,809</b>	<b>0,005</b>
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	3,54	0,64	3,77	0,66	<b>-2,956</b>	<b>0,003</b>
Comunicação positiva	3,98	0,61	4,01	0,67	-0,379	0,705
Disciplina positiva	3,60	0,71	3,77	0,71	<b>-2,038</b>	<b>0,042</b>
<b>Autoperceção das dificuldades (EDPPP)</b>						
Necessidades físicas da criança	2,68	0,67	2,53	0,65	<b>2,007</b>	<b>0,045</b>
Segurança da criança	2,50	0,70	2,30	0,65	<b>2,591</b>	<b>0,010</b>
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	2,51	0,67	2,36	0,68	1,876	0,061
Comunicação positiva	2,27	0,67	2,17	0,71	1,172	0,241
Disciplina positiva	2,65	0,74	2,51	0,77	1,624	0,105

### 3.2.8. RELAÇÃO ENTRE O EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA E OS RECURSOS DE APOIO.

A literatura descreve a ligação dos pais a recursos de apoio como fator facilitador do exercício da parentalidade. Consequentemente, enunciou-se a seguinte hipótese:

**H5: Existem correlações estatisticamente significativas entre o exercício da parentalidade positiva (autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades) dos participantes e os recursos de apoio que tiveram.**

A tabela 3.32 descreve os resultados das correlações de *Pearson* entre os totais das dimensões das escalas do exercício da parentalidade e os totais das duas dimensões (recursos de apoio formal e recursos de apoio informal) da escala de recursos de apoio no exercício da parentalidade (ERAP).

Na escala da autoperceção da confiança no exercício da parentalidade positiva houve uma correlação positiva e estatisticamente significativa com os recursos de apoio

formal nos totais das dimensões segurança ( $r=0,066$ ;  $p<0,05$ ), desenvolvimento, comportamento e estimulação ( $r=0,111$ ;  $p<0,01$ ), comunicação positiva ( $r=0,093$ ;  $p<0,01$ ) e disciplina positiva ( $r=0,101$ ;  $p<0,01$ ). Esta correlação positiva e estatisticamente significativa também se verificou com os recursos de apoio informal nos totais das dimensões desenvolvimento, comportamento e estimulação ( $r=0,062$ ;  $p<0,05$ ) e disciplina positiva ( $r=0,066$ ;  $p<0,05$ ). Isto significa que, nestas dimensões, a valores mais elevados de perceção de confiança associaram-se, em média, valores mais elevados de recursos de apoio.

Na escala da autoperceção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva houve uma correlação negativa e estatisticamente significativa com os recursos de apoio formal nos totais das dimensões comunicação positiva ( $r=-0,092$ ;  $p<0,01$ ) e disciplina positiva ( $r=-0,066$ ;  $p<0,05$ ). Esta correlação negativa e estatisticamente significativa também se verificou com os recursos de apoio informal no total da dimensão disciplina positiva ( $r=-0,075$ ;  $p<0,05$ ), mas na dimensão necessidades físicas a correlação foi positiva e estatisticamente significativa ( $r=0,063$ ;  $p<0,05$ ). Isto significa que, nas dimensões comunicação positiva e disciplina positiva, a valores mais elevados de perceção de dificuldades associaram-se, em média, valores mais baixos nos recursos de apoio formal e na dimensão necessidades físicas a valores mais elevados de perceção de dificuldades associaram-se, em média, valores mais elevados nos recursos de apoio informal.

Tabela 3.32: Correlações de *Pearson* entre as dimensões das ECPPP e EDPPP e os recursos de apoio formal e informal que tiveram.

Dimensões	ECPPP		EDPPP	
	RA Formal	RA Informal	RA Formal	RA Informal
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Necessidades Físicas da criança	0,013	-0,021	0,039	<b>0,063*</b>
Segurança da criança	<b>0,066*</b>	0,013	-0,017	0,043
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	<b>0,111**</b>	<b>0,062*</b>	-0,020	-0,024
Comunicação positiva	<b>0,093**</b>	0,060	<b>-0,092**</b>	-0,056
Disciplina positiva	<b>0,101**</b>	<b>0,066*</b>	<b>-0,066*</b>	<b>-0,075*</b>

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

**ECPPP**: Escala de autoperceção da Confiança dos Pais na Parentalidade Positiva

**EDPPP**: Escala de autoperceção das Dificuldades dos Pais na Parentalidade Positiva

**RA**: Recursos de apoio

### 3.2.9. VARIÁVEIS EXPLICATIVAS DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA

Pela estatística inferencial apresentada, verificou-se que houve relação e diferenças no exercício da parentalidade positiva em função das variáveis consideradas facilitadoras ou inibidoras desse exercício, com exceção da remuneração familiar mensal. Consequentemente, considerou-se importante determinar os conjuntos dessas variáveis que explicam a variância no exercício da parentalidade positiva.

Para essa determinação utilizou-se a regressão linear múltipla, em que as variáveis consideradas nas hipóteses formuladas para este estudo foram selecionadas como variáveis exógenas ou independentes e as dimensões das escalas do exercício da parentalidade (ECPPP e EDPPP) como variáveis endógenas ou dependentes. Através do método *Backward*, foram eliminadas as variáveis exógenas que não contribuíram significativamente para a confiança e para as dificuldades no exercício da parentalidade positiva.

Na análise dos pressupostos do modelo de regressão linear múltipla, verificou-se ausência de auto correlação dos resíduos em todas as dimensões das duas escalas (os valores do teste *Durbin-Watson* ficaram compreendidos entre 1,67 e 2,07 e a sua inspeção gráfica indicou ausência de heterocedasticidade (as observações distribuíram-se de forma aleatória à volta de uma linha horizontal). Todas as variáveis exógenas apresentaram valores de *Tolerance* >0,35 e de *VIF* <2,84, indicando ausência de multicolinearidade destas variáveis.

#### **Autopercepção da confiança no exercício da parentalidade positiva**

A tabela 3.33 apresenta os dados da regressão linear múltipla com as variáveis que contribuíram significativamente para explicar os resultados na autopercepção da confiança no exercício da parentalidade positiva. A cada dimensão da ECP (variável endógena) esteve associado um conjunto de variáveis exógenas que explicaram a percentagem da sua variação expressa por  $R^2_{\text{ajustado}}$ . Os valores deste coeficiente de determinação variaram entre 0,186 na dimensão comunicação e 0,298 na dimensão desenvolvimento, comportamento e estimulação. Estes valores indicaram baixa variância explicada, mas são relevantes de acordo com Pestana e Gageiro (2005a). Estes autores referem que, no domínio das ciências comportamentais, um  $R^2$  entre 10% a 25% já é relevante.

O teste *F* indicou que os conjuntos das variáveis eram estatisticamente significativos em todas as dimensões da ECPPP ( $p=0,000$ ) e o teste *t-Student* indicou que as variáveis eram estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ).

#### *Necessidades físicas da criança*

Nesta dimensão, por cada ponto adicional na pontuação da necessidade de conhecimentos em necessidades físicas diminuiu, em média, a autopercepção da confiança nas necessidades físicas em 0,353 unidades, mantendo-se as outras variáveis constantes. Em relação à necessidade de conhecimentos em disciplina essa diminuição foi de apenas 0,074 unidades.

As variáveis categóricas indicaram que, mantendo as outras variáveis constantes, o ser mãe fez aumentar a confiança em 0,128 unidades comparativamente com o ser pai. A criança ter peso  $<2500\text{gr.}$  fez diminuir a confiança em 0,140 em relação a criança ter peso  $\geq 2500\text{gr.}$  O ser pai ou mãe de filho único fez diminuir a confiança em relação a ser pai ou mãe de mais filhos.

#### *Segurança da criança*

Nesta dimensão, por cada ponto adicional na pontuação da necessidade de conhecimentos em segurança diminui, em média, a autopercepção da confiança na segurança em 0,289 unidades, mantendo-se as outras variáveis constantes. Em relação à necessidade de conhecimentos em comunicação essa diminuição foi de 0,095 unidades.

Por cada ponto adicional na pontuação dos recursos de apoio formal, em média, aumentou a confiança na segurança em 0,028 unidades.

A criança ter peso  $<2500\text{gr.}$  fez diminuir a confiança na sua segurança em 0,166 unidades comparativamente com a criança ter peso  $\geq 2500\text{gr.}$  O residir na cidade fez aumentar a confiança em 0,087 comparativamente com o residir na aldeia.

#### *Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança*

Nesta dimensão, por cada ponto adicional na pontuação da necessidade de conhecimentos em desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança, diminuiu, em média, a autopercepção da confiança em 0,280 unidades, mantendo-se as outras variáveis constantes. Em relação à necessidade de conhecimentos em comunicação essa diminuição foi, em média, de 0,114 unidades.

Por cada ponto adicional na pontuação dos recursos de apoio formal, a confiança aumentou, em média, 0,042 unidades e com o aumento na pontuação do comportamento

da criança (criança mais fácil) a confiança aumentou, em média, 0,029 unidades. Por cada ano de idade dos participantes a mais, diminuiu a confiança no desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança, em média, 0,008 unidades.

A criança ter peso  $<2500\text{gr.}$  fez diminuir a confiança, em média, 0,156 comparativamente com a criança ter peso  $\geq 2500\text{gr.}$ ; a criança ter problemas de saúde fez diminuir a confiança, em média, 0,143 em relação à criança ter saúde e o ser mãe fez aumentar a confiança, em média 0,096 em relação a ser pai.

#### *Comunicação positiva*

Nesta dimensão, por cada ponto adicional na pontuação da necessidade de conhecimentos na comunicação da criança, diminuiu, em média, a autopercepção da confiança em 0,311 unidades, mantendo-se as outras variáveis constantes.

Por cada ponto adicional na pontuação dos recursos de apoio formal, a confiança aumentou, em média, 0,036 unidades. Com o aumento na pontuação do comportamento da criança (criança mais fácil) a confiança aumentou, em média, 0,029 unidades.

#### *Disciplina positiva*

Nesta dimensão, por cada ponto adicional na pontuação da necessidade de conhecimentos na disciplina da criança, diminuiu, em média, a autopercepção da confiança em 0,195 unidades, mantendo-se as outras variáveis constantes. Em relação à necessidade de conhecimentos em comunicação essa diminuição foi, em média, de 0,174 unidades.

Por cada ponto adicional na pontuação do comportamento da criança (criança mais fácil) a confiança aumentou em média 0,045 e, com o aumento na pontuação dos recursos de apoio formal, a confiança aumentou, em média, 0,033 unidades.

Tabela 3.33: Regressão linear múltipla entre as dimensões da ECPPP e as variáveis que caracterizam os participantes, as crianças e os recursos de apoio.

<b>Variáveis endógenas e explicativas</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><math>p</math></b>	<b><math>R^2</math></b>	<b><math>R^2_{ajustado}</math></b>	<b>F (p)</b>
<b>VE: Necessidades físicas da criança</b>					
Necessidade de conhecimentos em necessidades físicas da criança	-0,353	0,000			
Ter só um filho	-0,146	0,000			
Criança com peso < 2500 gr.	-0,140	0,029	0,286	0,282	77,413 (0,000)
Ser mãe	0,128	0,001			
Necessidade de conhecimentos em disciplina	-0,074	0,001			
<b>VE: Segurança da criança</b>					
Necessidade de conhecimentos em segurança da criança	-0,289	0,000			
Criança com peso < 2500 gr.	-0,166	0,014			
Necessidade de conhecimentos em comunicação	-0,095	0,001	0,242	0,237	50,415 (0,000)
Residência na cidade	0,087	0,042			
Residência na vila	0,082	0,071			
Recursos de apoio formal (ERAP)	0,028	0,019			
<b>VE: Desenvolvimento, comportamento e estimulação</b>					
Necessidade de conhecimentos em desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança	-0,280	0,000			
Criança com peso < 2500 gr.	-0,156	0,026			
A criança ter problemas de saúde	-0,143	0,001			
Necessidade de conhecimentos em comunicação	-0,114	0,001	0,304	0,298	48,540 (0,000)
Ser mãe	0,096	0,017			
Recursos de apoio formal (ERAP)	0,042	0,001			
Comportamento da criança (ECCriança)	0,029	0,012			
Idade dos pais	-0,008	0,042			
<b>VE: Comunicação positiva</b>					
Necessidade de conhecimentos em comunicação com a criança	-0,311	0,000			
Comportamento da criança (ECCriança)	0,029	0,015	0,188	0,186	73,227 (0,000)
Recursos de apoio formal (ERAP)	0,036	0,004			
<b>VE: Disciplina positiva</b>					
Necessidade de conhecimentos em disciplina da criança	-0,195	0,000			
Necessidade de conhecimentos em comunicação com a criança	-0,174	0,000	0,230	0,227	70,483 (0,000)
Comportamento da criança (ECCriança)	0,045	0,000			
Recursos de apoio formal (ERAP)	0,033	0,011			

VE: variável endógena ou dependente

### **Autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva**

A tabela 3.34 apresenta os dados da regressão linear múltipla com as variáveis que contribuíram significativamente para explicar os resultados na autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva. A cada dimensão da EDPPP (variável endógena) esteve associado um conjunto de variáveis exógenas que explicaram a

percentagem da sua variação expressa por  $R^2$  ajustado. Os valores deste coeficiente de determinação variaram entre 0,405 na dimensão comunicação positiva e 0,528 na dimensão necessidades físicas, indicando uma razoável associação linear.

O teste  $F$  indicou que os conjuntos das variáveis eram estatisticamente significativos em todas as dimensões da EDPPP ( $p=0,000$ ) e o teste  $t$ -Student indicou que essas variáveis eram estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ).

#### *Necessidades físicas da criança*

Nesta dimensão, por cada ponto adicional na pontuação da necessidade de conhecimentos em necessidades físicas diminuiu, em média, a autoperceção das dificuldades nas necessidades físicas em 0,602 unidades, mantendo-se as outras variáveis constantes. Por cada ponto adicional na pontuação do comportamento da criança (criança mais fácil) as dificuldades diminuíram, em média, 0,035 unidades.

O ser pai ou mãe de filho único fez aumentar as dificuldades, em média, em 0,104 unidades comparativamente com o ser pai ou mãe de mais filhos. Este aumento também se verificou em relação à criança ter problemas de saúde (0,104) comparativamente com a criança não ter esses problemas.

#### *Segurança da criança*

Nesta dimensão, por cada ponto adicional na pontuação da necessidade de conhecimentos em segurança, a autoperceção das dificuldades na segurança aumentou, em média, em 0,486 unidades, mantendo-se as outras variáveis constantes. Em relação à necessidade de conhecimentos nas necessidades físicas esse aumento foi de 0,074 unidades.

O ser mãe fez diminuir, em média, as dificuldades em 0,082 comparativamente com o ser pai.

#### *Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança*

Nesta dimensão, por cada ponto adicional na pontuação da necessidade de conhecimentos em desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança aumentou a autoperceção das dificuldades, em média, 0,459 unidades, mantendo-se as outras variáveis constantes. Em relação à necessidade de conhecimentos em necessidades físicas esse aumento foi, em média, de 0,118 unidades.

Por cada ponto adicional na pontuação do comportamento da criança (criança mais fácil) as dificuldades diminuíram, em média, 0,031 unidades. Por cada ano a mais na idade dos participantes, aumentaram as dificuldades no desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança, em média, 0,007.

A criança ter problemas de saúde fez aumentar as dificuldades, em média, 0,093 em relação à criança ter saúde e o ter o ensino básico fez aumentar as dificuldades, em média, 0,129 em relação ao ter ensino superior.

#### *Comunicação positiva*

Nesta dimensão, por cada ponto adicional na pontuação da necessidade de conhecimentos na comunicação da criança, aumentou a autoperceção das dificuldades, em média, 0,544 unidades, mantendo-se as outras variáveis constantes. Por cada ponto adicional na necessidade de conhecimentos na disciplina diminuiu a autoperceção das dificuldades, em média, 0,065 unidades.

Por cada ponto adicional na pontuação dos recursos de apoio informal as dificuldades diminuíram, em média, 0,031 unidades e o aumento na pontuação do comportamento da criança (criança mais fácil) as dificuldades diminuíram, em média, 0,030.

O ser empregado fez aumentar as dificuldades na comunicação, em média, 0,151 comparativamente ao ser desempregado. O ter o ensino básico fez aumentar as dificuldades, em média, 0,134 em relação ao ter ensino superior.

#### *Disciplina da criança*

Nesta dimensão, por cada ponto adicional na pontuação da necessidade de conhecimentos na disciplina da criança, aumentou a autoperceção da confiança, em média, 0,556 unidades, mantendo-se as outras variáveis constantes.

Por cada ponto adicional na pontuação do comportamento da criança (criança mais fácil) as dificuldades diminuíram, em média, 0,049 e com o aumento na pontuação dos recursos de apoio informal as dificuldades diminuíram, em média, 0,060 unidades.

O ser empregado aumentou as dificuldades, em média, 0,172 unidades, em relação ao ser desempregado e o residir na cidade e residir na vila diminuiu as dificuldades em média, em 0,108 e 0,098, comparativamente com o residir na aldeia.

Tabela 3.34: Regressão linear múltipla entre as dimensões da EDPPP e as variáveis que caracterizam os participantes, as crianças e os recursos de apoio.

<b>Variáveis (endógenas e explicativas)</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><math>p</math></b>	<b><math>R^2</math></b>	<b><math>R^2_{ajustado}</math></b>	<b>F (p)</b>
<b>VE: Necessidades físicas da criança</b>					
Necessidade de conhecimentos em necessidades físicas da criança	0,602	0,000			
Ter só um filho	0,104	0,000	0,528	0,526	266,564 (0,000)
A criança ter problemas de saúde	0,104	0,003			
Comportamento da criança (ECCriança)	-0,035	0,000			
<b>VE: Segurança da criança</b>					
Necessidade de conhecimentos em segurança da criança	0,486	0,000			
Residência na cidade	-0,111	0,002			
Residência na vila	-0,045	0,231	0,482	0,479	184,579 (0,000)
Necessidade de conhecimentos em necessidades físicas da criança	0,074	0,016			
Ser mãe	-0,082	0,010			
<b>VE: Desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança</b>					
Necessidade de conhecimentos em desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança	0,459	0,000			
Ensino básico	0,129	0,001			
Ensino secundário	0,090	0,017			
Necessidade de conhecimentos em necessidades físicas da criança	0,118	0,000	0,502	0,498	132,710 (0,000)
A criança ter problemas de saúde	0,099	0,010			
Comportamento da criança (ECCriança)	-0,031	0,002			
Idade dos pais	0,007	0,029			
<b>VE: Comunicação positiva</b>					
Necessidade de conhecimentos em comunicação com a criança	0,544	0,000			
Ser empregado	0,151	0,014			
Ensino básico	0,134	0,009			
Ensino secundário	0,061	0,160	0,405	0,401	89,396 (0,000)
Necessidade de conhecimentos em disciplina da criança	-0,065	0,045			
Recursos de apoio informal (ERAP)	-0,031	0,008			
Comportamento da criança (ECCriança)	-0,030	0,008			
<b>VE: Disciplina positiva</b>					
Necessidade de conhecimentos em disciplina da criança	0,556	0,000			
Ser empregado	0,172	0,005			
Residência na vila	-0,108	0,018	0,504	0,501	154,510 (0,000)
Residência na cidade	-0,098	0,020			
Recursos de apoio informal (ERAP)	-0,060	0,000			
Comportamento da criança (ECCriança)	-0,049	0,000			

VE: Variável endógena ou dependente

### 3.3. SINTESE DO CAPÍTULO

Com a finalidade de diagnosticar as necessidades de apoio dos pais para o exercício da parentalidade positiva, desenhou-se um estudo correlacional que teve como principais objectivos a avaliação do exercício da parentalidade positiva e a sua relação com as condições referidas pelos autores como facilitadoras ou inibidoras desse exercício.

O exercício da parentalidade positiva foi operacionalizado pela autopercepção da confiança e pela autopercepção das dificuldades dos pais nesse exercício e as condições do exercício por variáveis que caracterizaram os pais, as crianças e os recursos de apoio.

A uma amostra não probabilística de 1011 participantes, residentes no Distrito de Leiria, e pais (664 mães e 347 pais) de crianças até três anos e meio de idade, foi aplicado um questionário com cinco grupos de questões e integrando cinco escalas construídas e validadas para este efeito. Três destas escalas foram elaboradas com os mesmos itens e as mesmas cinco dimensões (necessidades físicas da criança, segurança da criança, desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança, comunicação positiva e disciplina positiva): Escala de autopercepção da confiança dos pais no exercício da parentalidade positiva (ECPPP), com valores de Alfa de *Cronbach* iguais ou superiores a 0,799 em todas as dimensões; escala de autopercepção das dificuldades dos pais no exercício da parentalidade positiva (EDPPP), com valores de Alfa de *Cronbach* iguais ou superiores a 0,769 em todas as dimensões e escala de autopercepção da necessidade de conhecimentos dos pais no exercício da parentalidade positiva (ENCPPP), com valores de Alfa de *Cronbach* iguais ou superiores a 0,824 em todas as dimensões.

Das duas escalas restantes, uma mediu as características do comportamento da criança (ECCriança), sendo unidimensional e com um Alfa de *Cronbach* de 0,673 e outra mediu os recursos de apoio no exercício da parentalidade (ERAP), sendo dicotómica, com duas dimensões e valores de KR20 superiores a 0,60.

Os resultados indicaram a existência de relação entre o exercício da parentalidade positiva e as características dos pais, das crianças e dos recursos de apoio e a existência de falta de confiança, de dificuldades e de necessidade de conhecimentos dos participantes em todos os itens e todas as dimensões desse exercício. Todos estes itens identificaram áreas de intervenção de enfermagem que foram validadas por peritos num terceiro estudo que é apresentado no capítulo seguinte.

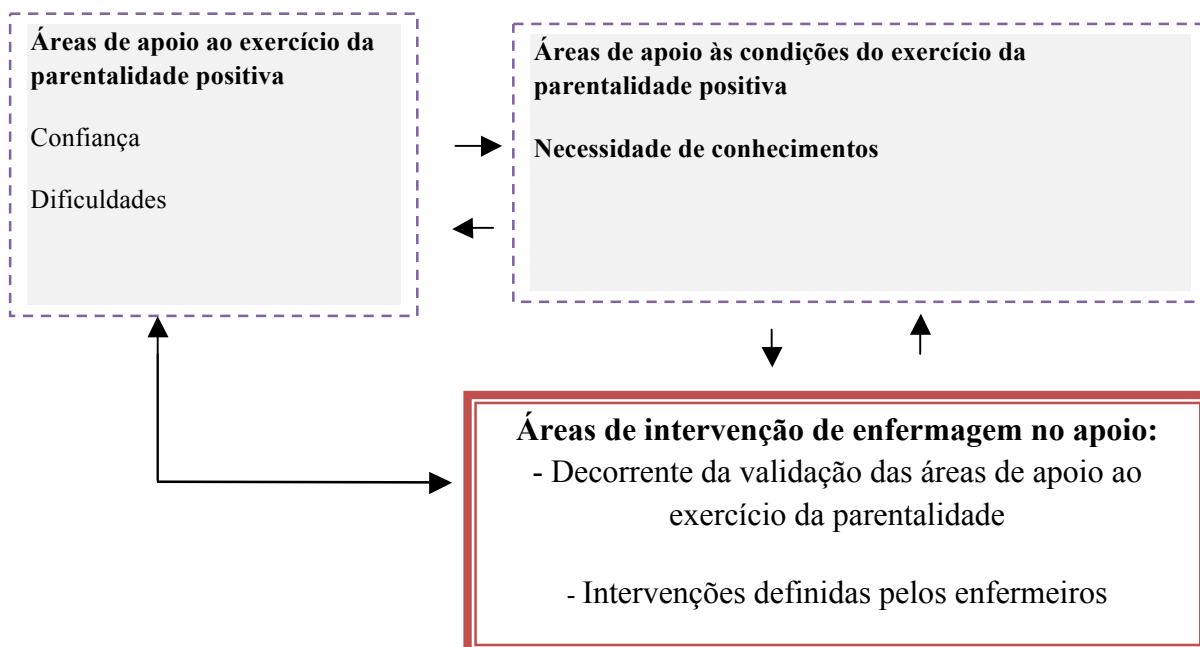
## CAPÍTULO 4

### ESTUDO SOBRE AS ÁREAS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO APOIO À PARENTALIDADE POSITIVA

Da avaliação do exercício da parentalidade positiva, no capítulo anterior, resultaram áreas em que os pais tiveram necessidade de apoio e nas quais os enfermeiros poderão intervir.

Para validar estas áreas e identificar outras resultantes das intervenções de enfermagem, realizou-se um estudo que foi estruturado com as variáveis descritas na figura 4.1 e que é apresentado neste capítulo.

Figura 4.1: Estrutura do terceiro estudo



## 4.1. MATERIAL E MÉTODOS

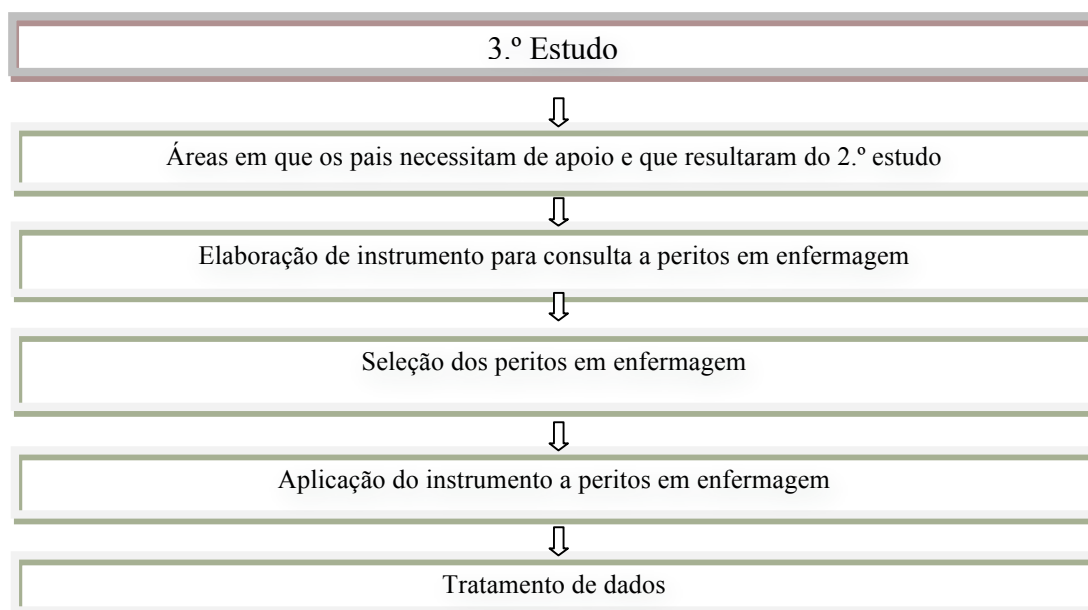
Neste subcapítulo descrevem-se os materiais e métodos utilizados no estudo de acordo com os seus objetivos.

### 4.1.1. OBJETIVOS

- Validar as áreas de intervenção de enfermagem resultantes da avaliação do exercício da parentalidade positiva dos pais de crianças até três anos e meio de idade
- Identificar a existência de programas estruturados de apoio aos pais no exercício da parentalidade positiva.
- Descrever intervenções de enfermagem consideradas efetivas, pelos enfermeiros, no apoio aos pais de crianças até três anos de idade no exercício da parentalidade positiva.

A fim de dar resposta aos objectivos desenhou-se um estudo descritivo estruturado na figura 4.2 e que se descreve de seguida.

Figura 4.2: Estrutura metodológica do terceiro estudo



#### 4.1.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Pela impossibilidade de considerar todos os enfermeiros que, no âmbito das suas funções, apoiam os pais no exercício da parentalidade, definiu-se como população alvo os enfermeiros que exerciam funções em centros de saúde, hospitais especializados pediátricos, no Hospital de Faro e que correspondiam aos seguintes critérios de inclusão:

- Exercer funções na área da saúde infantil há, pelo menos, três anos.
- Ter uma especialidade em enfermagem ou responsabilidades de gestão de cuidados de enfermagem.
- Ser indicado para o estudo pelos dirigentes dos serviços/instituições.

A escolha dos centros de saúde teve por base serem serviços de saúde com cobertura universal da população portuguesa e serem os mais vocacionados para actividades de promoção da saúde e prevenção da doença. A escolha dos hospitais especializados justifica-se por serem instituições vocacionadas para a assistência pediátrica e onde existe uma grande oportunidade de promoção da parentalidade pela presença dos pais junto das crianças. Existem três destes hospitais, actualmente integrados em Centros Hospitalares, situados em Lisboa, Coimbra e no Porto. Acrescentou-se o Hospital de Faro, devido à sua disposição geográfica e porque houve evidência de desenvolvimento de projectos na área da saúde da criança, através do programa do III Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Os Centros de Saúde foram integrados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) (Decreto-Lei n.º28/2008 de 22 de fevereiro) e através de várias portarias foram criados 74 ACES nas diversas Administrações Regionais de Saúde (Tabela 4.1).

Para a representação dos enfermeiros destes serviços/instituições e das actividades de enfermagem, por eles desenvolvidas, na área da saúde da criança, foi solicitado a indicação de dois enfermeiros por ACES e por Hospital, ficando a população alvo reduzida a 156 enfermeiros.

A amostra resultou dos serviços/instituições e dos enfermeiros que se disponibilizaram para colaborar, sendo uma amostra não probabilística por informantes estratégicos escolhida por especialistas, de acordo com a tipologia apresentada por Ribeiro (2007). É um tipo de amostra em que se pede a um especialista que escolha os indivíduos representativos das características do estudo. Neste estudo, os especialistas

foram os dirigentes das instituições e as características foram determinadas pelos critérios de inclusão.

A amostra ficou constituída pelos 43 enfermeiros que resultaram dos peritos indicados por 24 ACES e 4 Hospitais e que responderam ao questionário.

Tabela 4.1: Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), Hospitais e peritos participantes no estudo por Administrações Regionais de Saúde

Administração Regional de Saúde	ACES			Hospitais		
	Existentes n.º	Participaram no estudo n.º	Peritos n.º	Seleccionados n.º	Participaram no estudo n.º	Peritos n.º
Norte	26 <sup>a</sup>	7	11	1	1	2
Centro	17 <sup>b</sup>	4	7	1	1	2
Lisboa e Vale do Tejo	22 <sup>c</sup>	8	12	1	1	2
Alentejo	6 <sup>d</sup>	3	4	-	-	
Algarve	3 <sup>e</sup>	1	1	1	1	1
Sem indicação		1	1			
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>24</b>	<b>36</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>7</b>

Fonte: a. (Portaria n.º 273/2009); b. (Portaria n.º 274/2009); c. (Portaria n.º 276/2009); d. (Portaria n.º 275/2009); e. (Portaria n.º 272/2009)

#### 4.1.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Para a prossecução dos objetivos do estudo, foi elaborado um questionário composto por vinte e duas questões integradas em dois grupos. O primeiro grupo foi constituído por variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes e o segundo grupo por variáveis relacionadas com as áreas de apoio no exercício da parentalidade positiva (Anexo 6).

##### - Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes no estudo

A avaliação dos dados sociodemográficos e profissionais dos participantes no estudo foi efectuada através de sete questões, em que cada questão mediu uma variável, conforme descrição seguinte:

- a) Agrupamento de Centros de Saúde ou Hospital onde exerce funções.

Questão de resposta aberta para especificação do serviço de exercício de funções.

- b) Especialidade em enfermagem.

Questão de resposta mista sendo fechada para a sinalização de sim ou não e de resposta aberta para os que sinalizavam sim especificarem a especialidade.

c) Responsabilidades de gestão de cuidados de enfermagem.

Questão dicotômica com opção de sim ou não consoante o participante tivesse ou não essas responsabilidades.

d) Tempo de serviço na profissão.

Questão de resposta aberta para especificação do tempo de serviço na profissão.

e) Tempo de serviço com funções na área de saúde infantil.

Questão de resposta aberta para especificação do tempo de serviço.

f) Idade.

Questão de resposta aberta para especificação da idade em anos.

g) Sexo.

Questão dicotômica para resposta fechada de feminino ou masculino.

### **- Áreas de apoio a pais de crianças até aos três anos de idade no exercício da parentalidade positiva**

Com este grupo de questões pretendeu-se obter, do grupo de enfermeiros selecionados, a validação das áreas de intervenção de enfermagem que resultaram do estudo anterior e as atividades/intervenções que eles já tivessem realizado e avaliado como efetivas.

As intervenções de enfermagem estão definidas na Classificação Internacional para a prática de Enfermagem como acções implementadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem, no sentido de produzir um resultado (ICN, 2005). No entanto, foi complementada com a palavra atividade para não haver dúvidas em como se tratava de uma ação específica.

Elaborou-se o mesmo tipo de questões para cada dimensão da escala do exercício da parentalidade positiva. Assim, para cada uma das cinco dimensões foram definidos três tipos de questões como se especifica de seguida:

- Cinco grupos de questões (um para cada dimensão) com os itens resultantes da avaliação da auto-percepção da confiança, das dificuldades e da necessidade de conhecimentos dos pais em cada dimensão do exercício da parentalidade positiva. Em cada item, os participantes indicaram se o consideraram, ou não, uma área de

intervenção de enfermagem no apoio à parentalidade positiva, através de uma resposta fechada com três opções: sim, não ou sem opinião

- Cinco questões de resposta aberta (uma para cada dimensão) em que os participantes descreveram as intervenções, para cada dimensão, que tinham desenvolvido e avaliado como efectivas no apoio aos pais das crianças dos zero aos três anos de idade.
- Cinco questões dicotómicas com duas opções de resposta: sim ou não sobre a existência, na Instituição, de programa estruturado para apoiar os pais de crianças da mesma idade, em cada dimensão do exercício da parentalidade. O termo Instituição foi preferido ao termo serviço para não ser confundido com a unidade de cuidados onde o enfermeiro se encontrava inserido e possibilitar uma maior abrangência das unidades.

#### **- Sugestões ou observações**

Como os participantes no estudo eram considerados peritos nesta temática, considerou-se importante colocar uma questão de resposta aberta para as sugestões ou observações que eles quisessem descrever.

#### **4.1.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS NA COLHEITA DE DADOS**

De acordo com os objectivos deste estudo, pretendeu-se recolher informação de enfermeiros qualificados que expressassem opinião sobre dados que já tinham sido definidos do estudo anterior. Como não era possível a retro alimentação dos dados a enviar aos participantes e não se procurava um consenso de conteúdo, a técnica Delphi não seria a indicada para a recolha de informação. No entanto, pela necessidade do uso de peritos, foram seguidas algumas etapas desta técnica.

De acordo com as orientações de Hasson, Keeney e McKenna (2000), foram identificados os recursos disponíveis, definidos os meios de comunicação, os critérios de definição de peritos e o nível de aceitação do consenso na opinião.

Estabelecidos os critérios que definiram os peritos, mencionados anteriormente, foram contactadas as instituições prestadoras de cuidados de saúde para os seleccionarem. Através de correio eletrónico, foi dirigido um ofício aos Directores Executivos das ACES e Presidentes do Conselho de Administração dos Hospitais a solicitar a indicação de dois peritos em enfermagem, de acordo com os critérios previamente estabelecidos, e a

autorização para os mesmos preencherem um questionário, que foi enviado em anexo (Anexo 7). Posteriormente, através do telefone, foi pedida colaboração ao vogal de enfermagem do Conselho Clínico de cada ACES e ao enfermeiro director de cada hospital, no sentido de tornarem possível a realização do estudo.

Após receção da indicação e endereço dos peritos, estes receberam a informação sobre o estudo e o convite para a sua participação. Posteriormente, foi enviado outra mensagem com a explicação sobre o preenchimento do questionário e a ligação para acederem ao mesmo *online*. Solicitou-se, ainda, a indicação de endereço para os participantes que preferissem responder ao questionário impresso. Neste caso, os questionários foram enviados pelo correio convencional com envelope de retorno.

O anonimato e confidencialidade das respostas foram garantidos no texto introdutório do questionário. O nome dos peritos foi, apenas, conhecido do investigador e o seu anonimato em relação aos outros participantes foi garantido com as mensagens electrónicas enviadas em cópia oculta. O consentimento em participar no estudo foi expresso através do preenchimento e envio do questionário.

O período de aplicação do questionário decorreu de 9 de setembro a 30 de novembro de 2011.

#### 4.1.5. TRATAMENTO DOS DADOS

A análise dos dados resultantes das questões de resposta fechada foi efetuada através das suas frequências e apresentada através da estatística descritiva, nomeadamente através de frequências absolutas e relativas.

A percentagem considerada para o consenso de opinião foi de 51%, tendo por base Keeney, Hasson e McKenna (2006) que citam a opinião de vários autores, entre os quais Loughlin e Moore (1979), que sugerem este valor de consenso entre os participantes. No entanto, estes autores referem que não há normas para a percentagem a considerar na indicação do consenso e que depende do assunto.

Para o tratamento das questões de resposta aberta foi utilizada a técnica de análise de conteúdo organizada em 3 fases: a pré análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados (Bardin, 2009).

Iniciou-se com a constituição de um *corpus*, com seis campos, formado pelo conjunto das comunicações resultantes das respostas abertas aos cinco grupos de questões

e das sugestões ou observações. Foi considerada toda a informação deste *corpus* e a possibilidade de informação de um grupo de questões conter elementos de outro grupo.

A análise partiu das propriedades do texto com recorte a nível semântico em que a unidade de registo traduziu uma afirmação sobre um assunto dada por uma frase simples ou composta. Para as regras de enumeração foram consideradas a quantificação da frequência das unidades de registo. Através de procedimentos analíticos, estas foram classificadas em subcategorias segundo o sentido dos elementos de significação das mensagens e distribuídas pelas categorias que correspondiam às dimensões da parentalidade positiva resultantes do estudo anterior. Esta distribuição obedeceu aos critérios de homogeneidade, exclusividade, objetividade, adequação ou pertinência.

As subcategorias que não tinham analogia com estas dimensões foram distribuídas noutras categorias. As categorias foram agrupadas de acordo com o seu sentido, pelo que constituíram três grupos a que se chamou de categorias principais de acordo com o sugerido por Elo e Kyngäs (2008).

Na nomeação das subcategorias utilizaram-se termos do eixo das ações da taxionomia internacional para a prática de enfermagem (ICN, 2005)

Para o controlo da validade e da fidelidade da codificação, de acordo com Amado (2000) e Elo e Kyngas (2008), recorreu-se a dois peritos neste tipo de análise, sendo um detentor do título profissional de especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

## 4.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Na apresentação e análise dos resultados agruparam-se os dados por tipologia de pergunta. Consequentemente, os dados são apresentados em grupos pela seguinte ordem: os que caracterizam a amostra, os que validam as áreas de intervenção de enfermagem, os que indicam a existência de programas estruturados de apoio aos pais e os que descrevem as atividades/intervenções de enfermagem consideradas efetivas no apoio aos pais.

### 4.2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi constituída por 43 enfermeiros considerados peritos, de acordo com os critérios estabelecidos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (95,34%), tinha a especialidade em enfermagem de saúde infantil (74,41%) e responsabilidades de gestão (62,79%). A média de idades foi de 43,88 anos, o tempo médio na profissão de 21 anos e o tempo médio na área de saúde infantil foi de 15 anos (Tabela 4.2).

Tabela 4.2: Dados sociodemográficos e profissionais da amostra do terceiro estudo

Caracterização	Participantes					
	n.º	%	Xmin.	Xmax.	M	DP
<b>Sexo</b>						
Feminino	41	95,34				
Masculino	1	2,33				
Não respondeu	1	2,33				
<b>Idade em anos</b>			28	57	43,88	7,38
<b>Área da especialidade</b>						
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	32	74,41				
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	7	16,28				
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1	2,33				
Enfermagem Comunitária	2	4,65				
Enfermagem de Reabilitação	1	2,33				
<b>Responsabilidades de gestão</b>						
Sim	27	62,79				
Não	16	37,21				
<b>Tempo na profissão</b>			6	39	21	7,63
<b>Tempo na área de saúde infantil</b>			3	39	15	7,15

#### 4.2.2. VALIDAÇÃO DAS ÁREAS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO APOIO AOS PAIS

A tabela 4.3 descreve a opinião dos peritos em considerar os itens descritos como áreas de intervenção de enfermagem no apoio dos pais de crianças dos zero aos três anos.

Houve concordância em todos os itens e o que obteve menor percentagem de concordância foi o item ser um bom modelo para a criança, mas com 88,37% dos participantes a considerarem que é uma área de intervenção de enfermagem.

Os itens referentes à amamentação, aleitamento, às cólicas, à preparação de um ambiente seguro, à compreensão da vigilância da saúde e ao choro obtiveram concordância da totalidade dos peritos participantes.

Tabela 4.3: Validação das áreas de intervenção de enfermagem para apoio na confiança, nas dificuldades e na necessidade de conhecimentos dos pais

Áreas de intervenção no apoio aos pais	Opinião dos peritos		
	Sim	Não	Sem opinião
<b>D1. Necessidades físicas</b>			
Nos procedimentos na amamentação	43		
Nos procedimentos para aleitamento	43		
A lidar com o comportamento da criança na amamentação/aleitamento	43		
A avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança	43		
Na introdução de novos alimentos	41	2	
Na preparação das primeiras sopas	40	3	
A ajudar a criança a estabelecer o seu padrão de sono	41	2	
A dar os primeiros banhos	40	3	
A cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas	43		
<b>D2. Segurança</b>			
Na identificação dos alimentos saudáveis	42	1	
Na preparação de um ambiente seguro (sem perigos) para a criança	43		
Na identificação de ambientes nocivos para a criança (exposição ao tabaco, chumbo, mercúrio, toxinas)	42		1
A perceber os sinais de doença na criança	41		2
A cuidar da criança quando está doente	41		2
Na compreensão da importância da vigilância de saúde da criança (levar a consultas e vacinas)	43		
<b>D3. Desenvolvimento comportamento e estimulação</b>			
A conhecer as fases do desenvolvimento da criança	42	1	
Saber quais as ações que estimulam a criança.	42	1	
Na escolha de materiais de aprendizagem de acordo com a idade da criança (brinquedos, música, livros)	42	1	
Nas atitudes que promovem comportamentos adequados na criança	41	2	
A aproveitar o momento do banho para estimular a criança	42	1	
A aproveitar o momento da alimentação para estimular a criança	42	1	

(Continua)

Tabela 4.3: Validação das áreas de intervenção de enfermagem para apoio na confiança, nas dificuldades e na necessidade de conhecimentos dos pais (continuação)

<b>D4. Comunicação positiva</b>		
A responder com afecto ao choro da criança	43	
Na interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar	43	
Nos benefícios para a criança de um relacionamento caloroso e de amor	42	1
No estabelecimento de actividades que fazem a criança sentir-se especial e importante	41	2
Nas atitudes que proporcionam uma comunicação positiva com a criança (simples, clara e estimulante)	42	1
<b>D5. Disciplina positiva</b>		
Na compreensão da importância da disciplina para a criança.	41	2
A estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança	40	3
A utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições	40	3
A ser um bom modelo para a criança	38	5

#### 4.2.3. EXISTÊNCIA DE PROGRAMAS DE APOIO AOS PAIS

A tabela 4.4 descreve as respostas às cinco perguntas do questionário sobre a existência de programas estruturados para apoiar os pais nas cinco dimensões da parentalidade positiva, nas instituições de saúde onde os participantes exerciam funções e identifica o número de instituições onde eles existiam.

Os 43 participantes referiram programas em todas as dimensões, mas foi no apoio às necessidades físicas da criança que mais participantes referiram programas (67,44%) e no apoio à disciplina positiva que menos participantes referiram programas (23,26%).

Das 28 instituições que participaram no estudo, 78,57% tinham programas de apoio na dimensão necessidades físicas, 64,29% na segurança e apenas 32,14% na disciplina positiva.

Tabela 4.4: Frequências das respostas dos participantes sobre a existência de programas e das instituições onde eles existiam, por dimensões do exercício da parentalidade positiva

Dimensões	Respostas dos Participantes (N=43)				Instituições onde existem programas (N=28)			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Necessidades físicas da criança	29	67,44	14	32,56	22	78,57	6	21,43
Segurança da criança	25	58,14	18	41,86	18	64,29	10	35,71
Desenvolvimento, comportamento e estimulação	21	48,84	22	51,16	16	57,14	12	42,86
Comunicação positiva	15	34,88	28	65,12	14	50,00	14	50,00
Disciplina positiva	10	23,26	33	76,74	9	32,14	19	67,86

#### 4.2.4. INTERVENÇÕES CONSIDERADAS EFETIVAS NO APOIO AOS PAIS

Da análise de conteúdo das intervenções que os enfermeiros descreveram como efetivas, resultaram três grupos categorias principais: intervenções de apoio no exercício da parentalidade positiva; recursos utilizados nesse apoio e as intervenções indirectamente relacionadas com o apoio ao exercício da parentalidade positiva.

##### **Intervenções de apoio no exercício da parentalidade positiva**

As 259 unidades de enumeração referentes às intervenções que os participantes consideraram efetivas no apoio aos pais para o exercício da parentalidade positiva foram agrupadas em sete categorias: *apoio nas necessidades físicas da criança; apoio na saúde e segurança da criança; apoio no desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança; apoio na comunicação positiva com a criança; apoio na disciplina positiva da criança; apoio na adaptação à parentalidade e interação positiva com os pais.*

A tabela 4.5 ordena as categorias, por ordem decrescente do número das unidades de enumeração. As primeiras cinco categorias integram intervenções direccionadas para apoiar os pais em cada uma das dimensões do exercício da parentalidade positiva. As duas últimas integram intervenções que são transversais a todas as dimensões.

##### *Apoio nas necessidades físicas da criança*

Nesta categoria, subdividida em cinco subcategorias, incluíram-se as intervenções que se centraram no apoio aos pais para responderem às necessidades físicas da criança. A subcategoria *assistir e informar na amamentação/aleitamento* incluiu 28 unidades de enumeração e 7 unidades de registo: apoiar a amamentação (7), orientar na amamentação (6), observar e avaliar a mamada (4), ensinar a técnica de amamentação (4), promover a amamentação (3), avaliar as competências parentais na preparação do biberão (2) e ensinar na preparação do biberão (2).

Na subcategoria *informar na higiene e conforto da criança* incluiu-se a informação referente à higiene e conforto da criança com 14 unidades de enumeração e 4 unidades de registo: ensinar e treinar o banho do recém-nascido (5), ensinar os cuidados ao recém-nascido (5) e orientar nos cuidados de higiene e conforto (3) e ensinar nas cólicas (1).

Na subcategoria *informar para a diversificação alimentar* incluiu-se a informação referente à introdução de novos alimentos e diversificação na alimentação da criança, com 11 unidades de enumeração e 4 unidades de registo: orientar os pais na diversificação alimentar (5), orientar na alimentação (3), ensinar a introduzir novos alimentos (2) e explicar a importância de alimentação adequada (1).

Na subcategoria *informar sobre o sono e repouso da criança* incluiu-se a informação que mencionava este assunto, obtendo-se 7 unidades de enumeração e 2 unidades de registo: ensinar os pais sobre o sono da criança (4), orientar no sono e repouso de acordo com a criança (3).

A subcategoria *avaliar as competências e conhecimentos dos pais* incluiu intervenções de avaliação do exercício da parentalidade com 6 unidades de enumeração e 4 unidades de registo: supervisionar o banho do recém-nascido (3), identificar práticas culturais dos cuidados (1), avaliar as competências parentais com um instrumento de avaliação de competências parentais (1) e supervisionar refeição (1).

#### *Apoio na segurança da criança*

Nesta categoria, subdividida por cinco subcategorias, incluíram-se as intervenções que se centraram no apoio aos pais para garantirem a saúde e segurança da criança.

Na subcategoria *ensinar medidas de segurança* incluiu-se informação referente às medidas a adoptar pelos pais para garantir a segurança da criança, com 14 unidades de enumeração e 3 unidades de registo: ensinar sobre a prevenção de acidentes (8), ensinar sobre as medidas de segurança a adoptar em casa e no transporte (5) e ensinar sobre os cuidados com o sol (1).

Na subcategoria *informar sobre estilos de vida saudáveis* incluiu-se informação direccionada para os ambientes saudáveis, hábitos alimentares saudáveis, exercício físico e estilos de vida saudáveis, com 12 unidades de enumeração e 4 unidades de registo: ensinar sobre estilos de vida saudável promovendo comportamentos de adesão na criança (7) adequar hábitos alimentares (2), ensinar sobre alimentos saudáveis e não saudáveis (2) e informar sobre a importância de fazer exercício físico (1).

Na subcategoria *estimular a vigilância da saúde da criança* incluiu-se informação relacionada com a vigilância da saúde da criança com 12 unidades de enumeração e 4 unidades de registo: ensinar sobre a vigilância da saúde infantil (5), promover o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (5), informar sobre a utilização do boletim individual de saúde (1) e explicar a importância das consultas preconizadas (1).

Na subcategoria *ensinar e orientar na doença da criança* incluiu-se a informação direccionada ao apoio dos pais na situação de doença da criança com 11 unidades de enumeração e 5 unidades de registo: ensinar a identificar sinais e sintomas mais frequentes na situação de doença (5), instruir como actuar na doença da criança (3), ensinar sobre as doenças no 1.º ano de vida (1), apoiar/ensinar na preparação da criança para procedimentos dolorosos/stressantes (1) e apoiar/ensinar os pais de crianças com doença oncológica ou com malformações que vivem um processo de luto do bebé perfeito imaginado (1).

Na subcategoria *avaliar as competências dos pais* relativos à segurança incluiu-se informação que traduzia esta avaliação com 5 unidades de enumeração e com 2 unidades de registo: avaliação das competências parentais relativas à segurança e saúde (4) e identificação de práticas culturais e crenças na saúde (1).

#### *Apoio no desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança*

Nesta categoria, subdividida em quatro subcategorias, incluíram-se as intervenções direccionadas para o desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança.

A subcategoria *promover a estimulação da criança* com 28 unidades de enumeração e 3 unidades de registo: promover a capacitação dos pais e família na adopção de comportamento/práticas que favoreçam a estimulação e desenvolvimento da criança (17), instruir na escolha dos brinquedos, música e livros adequados à idade da criança (10) e orientar os pais para a estimulação da criança enquanto satisfazem as suas necessidades físicas (1).

Na subcategoria *informar sobre o desenvolvimento da criança* incluíram-se intervenções que informavam e orientavam os pais no desenvolvimento da criança, com 9 unidades de enumeração e 5 unidades de registo: explicitar o desenvolvimento da criança em cada faixa etária (4), orientar para a adopção de comportamentos que favoreçam o desenvolvimento da criança (2), explicar a importância da sociabilização (1), avaliar os conhecimentos dos pais relativos às fases do desenvolvimento da criança (1) e orientar no preenchimento das etapas de desenvolvimento no boletim individual de saúde (1).

Na subcategoria *orientar em perturbações de comportamento e desenvolvimento* incluiu-se a informação referente ao apoio em situações de défice de desenvolvimento psicomotor e de perturbação no comportamento da criança com 2 unidades de enumeração e 2 unidades de registo: ensinar/acompanhar os pais de crianças com

perturbações de comportamento, nomeadamente défice de atenção/hiperatividade (1) e orientar nos défices de desenvolvimento psicomotor da criança (1).

#### *Apoio na comunicação positiva com a criança*

Nesta categoria, subdividida em três subcategorias e 30 unidades de enumeração, integraram-se as intervenções direccionadas para capacitar os pais para uma comunicação positiva com a criança.

A subcategoria *promover a interação* integrou informação relacionada com a estimulação da interação, a importância da comunicação e com a promoção de comportamentos e práticas favorecedoras da comunicação positiva, com 22 unidades de enumeração e 6 unidades de registo: desenvolver as competências parentais na área da comunicação (linguagem gestual, brincar, cantar, falar...) (8), estimular a interação dos pais com a criança (6), avaliar a relação e comunicação entre os pais e as crianças (4) instruir sobre o reforço positivo da criança (2), planear, implementar e avaliar estratégias de comunicação que respondam às características/necessidades da criança e especificidades culturais da família (1) e estimular a presença/permanência dos pais com a criança (1).

Na subcategoria *ensinar a interpretar e a responder ao choro* incluíram-se 5 unidades de enumeração e 3 unidades de registo: instruir a identificar os tipos de choro na criança como forma de comunicar (3), ensino no choro (1) e demonstrar formas de responder ao choro (pegar ao colo, embalá-lo, fazer massagem de conforto) (1).

Na subcategoria *gerir situações que dificultam a comunicação* incluiu-se informação referente a situações que dificultam a comunicação e a aspectos críticos observados na prestação de cuidados, com 3 unidades de enumeração e 3 unidades de registo: assistir na dificuldade de comunicação nas situações de alteração da imagem corporal da criança em que os pais têm sentimentos de culpa (1), identificar obstáculos na comunicação (1) e avaliar e planear ensinamentos para aspetos críticos do relacionamento dos pais com a criança, verificados durante a prestação de cuidados (1).

#### *Apoiar na disciplina positiva da criança*

Nesta categoria foram definidas três subcategorias integrando intervenções relacionadas com a importância da disciplina, com o estabelecimento de regras e limites e com os comportamentos que favorecem a disciplina.

Na subcategoria *informar no estabelecimento de regras* incluíram-se 15 unidades de enumeração e 3 unidades de registo: instruir no estabelecimento de limites e regras

para que a criança cresça saudavelmente e no futuro saiba respeitar as regras de cidadania (12), avaliar as competências dos pais no estabelecimento de regras (2), informar sobre as birras (1).

Na subcategoria *estimular comportamentos que favoreçam a disciplina* incluíram-se 8 unidades de enumeração e 4 unidades de registo: orientar na adopção de comportamentos que favoreçam a disciplina (4), estimular a adopção de rotinas (EASY) (2), explicar a importância de ambos os progenitores estarem de acordo (1) e instruir na gestão de recompensas à criança (1).

Na subcategoria *informar sobre a importância da disciplina* incluíram-se 6 unidades de enumeração e 2 unidades de registo: explicar a importância da disciplina (4) e providenciar informação sobre disciplina (2).

#### *Apoio na adaptação à parentalidade*

Esta categoria, com três subcategorias, integrou intervenções de apoio aos pais na adaptação ao exercício da parentalidade, de dificuldades e de utilização dos recursos sociais.

A subcategoria *instruir para as dificuldades* inclui 9 unidades de enumeração e 3 unidades de registo: orientar nas dificuldades existentes (4), instruir para lidar com o stress (3) e instruir para a prevenção de possíveis dificuldades/problemas (2).

A subcategoria *orientar na adaptação à parentalidade* incluiu 7 unidades de enumeração e 3 unidades de registo: motivar para estratégias adaptativas à parentalidade (para ficar mais disponível e para auto cuidado e autonomia) (4), orientar na adaptação à creche (2) e orientar no processo de saúde dos pais (1).

A subcategoria *induzir recursos sociais* incluiu 7 unidades de enumeração e 3 unidades de registo: orientar para recursos da comunidade (4), avaliar a necessidade do envolvimento de redes de apoio (2), garantir a acessibilidade aos cuidados de saúde (1).

#### *Interação positiva com os pais*

Nesta categoria foram definidas três subcategorias e incluiu-se a informação centrada no relacionamento do enfermeiro com os pais como terapêutica interativa do apoio, totalizando 18 unidades de enumeração.

A subcategoria *encorajar os pais a serem participantes ativos* com 11 unidades de enumeração incluiu 3 unidades de registo: escutar e esclarecer as dúvidas dos pais (7), envolver os pais na tomada de decisão (2) e apoiar nas intervenções (2).

A subcategoria *reforçar as potencialidades dos pais* incluiu 4 unidades de enumeração e 3 unidades de registo: identificar as potencialidades dos pais (2), reforçar as capacidades e habilidades dos pais na educação do filho (1) e promover a autonomia dos pais (1).

Na subcategoria *estabelecer relação de confiança com os pais* incluíram-se 3 unidades de enumeração e 2 unidades de registo: estabelecer relação de confiança com os pais e criança (2) e compreender e valorizar a relação com os pais (1).

Tabela 4.5: Categorias, subcategorias e unidades de enumeração das intervenções de apoio aos pais no exercício da parentalidade positiva

Categorias e Subcategorias	Unidades de Enumeração*
<b>Apoio nas necessidades físicas da criança</b>	<b>66</b>
Assistir e informar na amamentação/aleitamento	28
Informar na higiene e conforto da criança	14
Informar para a diversificação alimentar	11
Informar sobre o sono e repouso da criança	7
Avaliar as competências e conhecimentos dos pais sobre estas necessidades	6
<b>Apoio na segurança da criança</b>	<b>54</b>
Ensinar medidas de segurança	14
Informar sobre estilos de vida saudáveis	12
Estimular a vigilância da saúde da criança	12
Ensinar e orientar na doença da criança	11
Avaliar as competências parentais relativas à segurança	5
<b>Apoio no desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança</b>	<b>40</b>
Promover a estimulação da criança	28
Informar sobre o desenvolvimento da criança	10
Orientar nas perturbações de comportamento e desenvolvimento	2
<b>Apoio na comunicação positiva com a criança</b>	<b>30</b>
Estimular a interação	18
Ensinar a interpretar e a responder ao choro	5
Avaliar a comunicação entre os pais e a criança	4
Gerir as situações que dificultam a comunicação	3
<b>Apoio na disciplina positiva da criança</b>	<b>29</b>
Orientar no estabelecimento de regras	15
Estimular comportamentos que favoreçam a disciplina	8
Informar sobre a importância da disciplina	6
<b>Apoio na adaptação à parentalidade</b>	<b>22</b>
Instruir para as dificuldades	9
Orientar na adaptação à parentalidade	7
Induzir recursos sociais	6
<b>Interação positiva com os pais</b>	<b>18</b>
Encorajar os pais a serem participantes ativos	11
Reforçar as potencialidades dos pais	4
Estabelecer relação de confiança com os pais	3

\* Unidades de enumeração referentes à frequência das unidades de registo

## Recursos de apoio aos pais

Da análise de conteúdo da informação resultante das respostas dos peritos às questões abertas do questionário resultaram unidades de registo relacionadas com a forma ou o método de concretizar as intervenções, a que se chamou recurso. A tabela 4.6 descreve as categorias, subcategorias e unidades de enumeração desses recursos e as unidades de registo integradas em cada categoria são especificadas no texto que as antecede.

As unidades de enumeração são referentes à presença ou ausência de informação relacionada com cada recurso, pelo que correspondem ao número de participantes em cada unidade de registo. Como alguns participantes mencionaram vários recursos, a frequência de cada categoria e subcategoria é inferior à soma das frequências das unidades de registo.

### *Serviços de saúde*

Nesta categoria integrou-se a informação de 27 participantes referente a estruturas e serviços nos centros de saúde e hospitais. As suas sete subcategorias especificam a diversidade destes serviços e as unidades de enumeração traduzem o número de participantes que a mencionaram.

A subcategoria *consultas de vigilância* integrou informação de 19 participantes e 4 unidades de registo: Consulta médica de saúde infantil (11), consulta de enfermagem de saúde infantil (11), consulta de aconselhamento em aleitamento materno (1) e consulta de enfermagem na gravidez/saúde materna (1).

A subcategoria *visita domiciliária* incluiu informação de 14 participantes e 3 unidades de registo: visita domiciliária (7), visita domiciliária ao recém-nascido e puérpera (7) e visita domiciliária diária a famílias de risco (1).

A subcategoria *atendimento de acordo com a necessidade dos pais* incluiu informação de 3 participantes e 3 unidades de registo referentes a três tipos de atendimento: atendimento individual na Unidade de Cuidados na Comunidade (2), atendimento na linha saúde 24 (1) e atendimento telefónico (1).

A subcategoria *cantinhos no centro de saúde* integrou informação de 9 participantes e 2 unidades de registo de acordo com o tipo de cantinho: cantinho da amamentação (7) e o canto lúdico da leitura (3).

As restantes três subcategorias integraram informação de 3 participantes e 3 unidades de registo: Vacinação (1) internamento hospitalar (1) e a psicóloga de apoio no ACES (1).

### *Projetos e programas*

Esta categoria integrou a informação descrita, por 24 participantes, como sendo projeto ou programa para apoiar os pais. As suas três subcategorias indicam a que fase da parentalidade era dirigida.

Na subcategoria *após o nascimento* foram indicadas, por 17 participantes, 17 unidades de enumeração integradas em 6 unidades de registo: programas de acompanhamento no 1.º mês (aos pais e às amas) (4), o curso de massagem do bebé (8), programas nacionais ou projetos multisectoriais (saúde escolar, cantinho dos pais, alta segura, conversar desde o berço, vamos semear a leitura e intervenção precoce) (5), cursos de educação parental no primeiro ano (6), formação parental nas creches (3), método 1,2,3 *Magic* para a disciplina (1) e curso de promoção e desenvolvimento da parentalidade por equipa multidisciplinar. Os dois últimos foram referenciados como estando em fase de planeamento.

Na subcategoria *na gravidez* incluíram-se os programas ou projectos que indicavam ser dirigidos a este período e a informação de 10 participantes foi integrada em 3 unidades de registo: Curso de preparação para a parentalidade durante a gravidez (5), programa de preparação para o parto (4) e projeto de preparação para o nascimento (1).

Na subcategoria *na gravidez e após o nascimento* incluíram-se 2 unidades de registo mencionadas por 2 participantes: Projeto Bem-Me-Quer destinado a grávidas, pais e crianças até aos nove anos (2) e o curso de parentalidade a famílias beneficiárias do rendimento social de inserção (1). O primeiro mencionava o facto de ser dirigido aos dois períodos e o segundo era omissivo. Nas observações foi mencionado que o Projecto Bem Me Quer ainda só abrangia a gravidez e o primeiro ano após o nascimento.

### *Materiais e estratégias*

Nesta categoria integrou-se a informação de 20 participantes referente aos dispositivos e estratégias de comunicação para a aprendizagem dos pais, que se subdividiram em cinco subcategorias.

A subcategoria *material de leitura* integrou informação de 9 participantes em 3 unidades de registo: Informação escrita aos pais (7), entrega e explicação do livrinho

“Vale a pena crescer em segurança da APSI” (1) e exposição de pósteres no gabinete de consulta (1).

A subcategoria *sessões educativas* integrou informação de 7 participantes e 3 unidades de registo: sessões de grupo (6), ensinamentos individuais (1) e sessões educativas com peritos convidados (1).

A subcategoria *terapia interativa* integrou informação de 5 participantes e 3 unidades de registo: Diálogo interativo (3), entrevista de enfermagem (1) e consultas servirem de modelo aos pais (1).

A subcategoria *grupos de pais* incluiu informação de 3 participantes e 2 unidades de registo: convidar pais peritos para partilharem experiências nas sessões formativas (2) e troca de experiências entre pais (1).

A subcategoria *comunicação social* incluiu informação de 2 participantes e 2 unidades de registo: publicação de artigos informativos em jornais regionais (1) e desenvolvimento de temas em programa semanal de rádio local (1).

Tabela 4.6: Categorias, subcategorias e unidades de enumeração dos recursos utilizados pelos participantes no apoio aos pais no exercício da parentalidade positiva

Categorias Subcategorias	Unidades de enumeração*
<b>Serviços de saúde</b>	<b>27</b>
Consultas de vigilância	19
Visitas domiciliárias	14
Cantinhos no centro de saúde	9
Atendimento de acordo com a necessidade dos pais	3
Vacinação	1
Internamento em hospital	1
Psicologia	1
<b>Projectos e programas</b>	<b>24</b>
Após o nascimento	17
Durante a gravidez	10
Durante a gravidez e após o nascimento	2
<b>Materiais e estratégias</b>	<b>20</b>
Material de leitura	9
Sessões educativas	7
Terapia interativa	5
Grupos de pais	3
Comunicação social	2

\* Unidades de enumeração especificando o número de participantes que referiram o recurso

## Intervenções de apoio indirecto ao exercício da parentalidade positiva

A tabela 4.7 apresenta as categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo das respostas às perguntas abertas e que indicaram intervenções centradas nas crianças e no apoio aos profissionais. As unidades de enumeração indicam a frequência das unidades de registo.

A categoria *intervenções centradas na criança* incluiu 20 unidades de registo, das quais são exemplo a *avaliação do peso* na subcategoria *monitorizar o crescimento da criança*, a *avaliação do desenvolvimento da criança*, na subcategoria *avaliar o desenvolvimento psicomotor da criança* e o *optimizar a roupa e grades da cama* na subcategoria *implementar medidas de segurança*.

A categoria recursos de apoio aos profissionais incluiu 14 unidades de registo, das quais são exemplo a *formação aos profissionais na área da parentalidade positiva* na subcategoria *formação profissional*, *Núcleo de Apoio à criança e Jovem em Risco* na subcategoria *apoio na articulação e cooperação com outros serviços* e *documentos para uniformizar procedimentos* na subcategoria *apoio documental*.

Tabela 4.7: Categorias, subcategorias e unidades de enumeração das intervenções centradas na criança e nos recursos de apoio aos profissionais

Categorias e subcategorias	Unidades de Enumeração*
<b>Intervenções centradas na criança</b>	<b>20</b>
Monitorizar o crescimento da criança	8
Avaliar o desenvolvimento psicomotor da criança	7
Implementar medidas de segurança	5
<b>Recursos de apoio aos profissionais</b>	<b>14</b>
Formação profissional	5
Apoio na articulação e cooperação com outros serviços	5
Apoio documental	4

\* Unidades de enumeração referentes à frequência de unidades de registo

### 4.3.SINTESE DO CAPITULO

Este capítulo relata a metodologia e os resultados de um estudo que teve como objetivos a validação das áreas de intervenção de enfermagem resultantes da avaliação do exercício da parentalidade positiva dos pais de crianças até três anos e meio de idade realizada no estudo anterior, identificar a existência de programas estruturados de apoio aos pais nesse exercício e descrever as intervenções de enfermagem consideradas efectivas pelos enfermeiros no apoio aos pais de crianças até três anos de idade no exercício da parentalidade positiva.

Realizou-se um estudo descritivo com uma amostra de enfermeiros considerados peritos através de critérios previamente estabelecidos e do reconhecimento dos dirigentes nas ACES e nos hospitais especializados.

A amostra não probabilística foi constituída por 43 enfermeiros das cinco Administrações Regionais de Saúde existentes em Portugal Continental que responderam a um questionário disponibilizado *online* e enviado por correio convencional, de acordo com as preferências dos participantes.

Na validação das áreas resultantes da avaliação do exercício da parentalidade positiva, houve concordância dos peritos (superior a 88,37%) em considerar todos os itens como áreas de intervenção de enfermagem.

Houve referência à existência de programas estruturados de apoio aos pais em todas as dimensões do exercício da parentalidade positiva. No entanto, a dimensão que teve mais programas foi a de necessidades físicas e a que teve menos a disciplina.

Após os procedimentos de análise do conteúdo das respostas às perguntas de resposta aberta resultaram três grupos de categorias principais de intervenções consideradas efetivas no apoio aos pais:

- Intervenções de apoio ao exercício da parentalidade positiva que foram agrupadas em cinco categorias de apoio: nas necessidades físicas, na segurança, no desenvolvimento, comportamento e estimulação, na comunicação e na disciplina da criança; na adaptação à parentalidade e na interação positiva com os pais.

- Recursos de apoio aos pais com três categorias de resposta: Serviços de Saúde, projectos e programas e materiais e estratégias.

- Intervenções de apoio indireto ao exercício da parentalidade positiva com duas categorias: intervenções centradas na criança e recursos de apoio aos profissionais.

## **CAPÍTULO 5**

### **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Os profissionais de enfermagem são recursos de apoio para os pais no exercício da parentalidade positiva e este apoio deve ser centrado nas necessidades dos pais e deve considerar os seus pontos fortes no exercício da parentalidade.

Para identificar estas necessidades e definir as áreas de intervenção deste apoio foram realizados três estudos descritos nos capítulos anteriores e cujos resultados serão discutidos ao longo deste capítulo. Como o exercício da parentalidade se desenvolve num processo de mudança, envolvendo uma preparação antecipada para as diversas fases de desenvolvimento da criança, utilizou-se a estrutura das transições de Meleis et al. (2000) como orientadora dos três estudos. Consequentemente, consideraram-se três grupos de variáveis: as que operacionalizaram o exercício da parentalidade indicando a sua natureza, as que operacionalizaram as condições facilitadoras ou inibidoras desse exercício e as que operacionalizaram as intervenções de enfermagem. Este conjunto de variáveis esteve sempre presente nos três estudos, mas com centralidades diferentes em cada um.

O primeiro estudo permitiu caracterizar o exercício da parentalidade, identificando características das suas propriedades e das condições facilitadoras e inibidoras. O segundo estudo avaliou esse exercício para determinar áreas em que os pais necessitaram de apoio. O terceiro estudo validou as áreas de intervenção de enfermagem resultantes do estudo anterior e identificou como os enfermeiros intervêm nessas áreas.

Os resultados destes estudos são discutidos ao longo deste capítulo em confrontação com o quadro teórico construído e descrito no primeiro capítulo. A estrutura desta apresentação é orientada pelos objetivos de cada estudo e é finalizada com algumas sugestões direcionadas para uma intervenção mais efetiva no apoio da parentalidade positiva.

## 5.1. CARACTERIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA

Para caracterizar o exercício da parentalidade positiva realizou-se um estudo exploratório com uma amostra não probabilística de pais de crianças até três anos e meio de idade que recorreram aos centros de saúde do Distrito de Leiria para a vacinação ou para a consulta de saúde infantil nos meses de novembro e dezembro de 2008 e janeiro de 2009. A amostra ficou constituída por 106 participantes (88 mães e 18 pais) com uma média de idades de 32,75 anos (DP=5,80), maioritariamente casados, empregados e residentes em vilas e aldeias.

Os dados disponibilizados pelos participantes no estudo foram referentes a 106 crianças, 50 das quais eram filhos únicos, em que a moda e a mediana de idades se situaram nos 15 meses. Sendo um estudo retrospectivo, houve intencionalidade em privilegiar o acesso a pais de crianças com mais tempo de vida, pelo que a maioria dos pais entrevistados tinham crianças entre os 12 e os 18 meses. Estas idades eram abrangidas por 3 consultas de Saúde infantil e 2 momentos de vacinação (Direção Geral da Saúde, 2008).

A informação foi recolhida por questionário de perguntas de resposta aberta para permitir identificar as propriedades do exercício da parentalidade, através das dificuldades, facilidades e crenças dos pais e identificar as condições do exercício da parentalidade desses pais, através das suas respostas às situações de maior dificuldade e da crença na importância do seu papel.

### *Dificuldades e facilidades no exercício da parentalidade*

Em consonância com Meleis et al. (2000) nas propriedades do exercício da parentalidade positiva numa perspetiva transacional, considerou-se a consciência e compromisso dos pais com esse exercício, a temporalidade e as responsabilidades dos pais em identificarem a natureza das atividades a realizar. Para a sua identificação foram colocadas, aos participantes, questões de resposta aberta para avaliar as suas dificuldades e facilidades no exercício da parentalidade e para avaliar as ações ou atitudes que eles consideravam importantes para o desenvolvimento da criança.

Em relação às dificuldades, verificou-se que 68 mães e 13 pais sentiram pelo menos uma dificuldade e a análise do conteúdo das respostas evidenciou que elas ocorreram em quatro categorias: no exercício da parentalidade, por fatores da criança, por fatores parentais e por falta de recursos. Na categoria exercício da parentalidade integrou-

se a informação relacionada com as atividades dos pais na resposta às necessidades da criança. Nas restantes integrou-se a informação que se referia, apenas, a cada um dos elementos (crianças, pais, recursos).

Estas categorias evidenciam que o exercício da parentalidade tem associado fatores que o influenciam e o determinam e que são comuns aos que serviram de base ao modelo de competência parental de Belsky (1984). No entanto, o exercício da parentalidade foi a categoria que integrou mais unidades de enumeração (143) e onde 76 participantes (71,60% mães e 72,60% pais) referiram dificuldades. Estas relacionaram-se com as necessidades físicas da criança, a doença e mau estar da criança, o choro da criança, o desenvolvimento da criança e com a adaptação à parentalidade que constituíram cinco subcategorias. Dos 76 participantes que manifestaram dificuldades nesta categoria, 44 referenciaram que foi nos primeiros seis meses da criança, o que parece confirmar a análise dos autores que descrevem este período como uma fase de adaptação à criança com algumas dificuldades para os pais (Brazelton, 2009), com responsabilidades evolutivas do exercício da parentalidade e, ao mesmo tempo, com adaptações às mudanças de vida com o nascimento da criança (Meleis, 2007).

Os problemas no sono e o comportamento da criança constituíram dificuldades para 16 participantes (17% mães e 5,60% pais) e integraram a categoria por fatores da criança com 19 unidades de enumeração.

Os problemas de saúde da mãe e a acumulação do exercício da parentalidade com a atividade profissional foram manifestados por 14 participantes (14,80% mães e 5,60% pais) e integraram a categoria por fatores parentais com 15 unidades de enumeração.

A falta de recursos económicos, de apoio familiar e de apoio da entidade patronal foram manifestados por 9 participantes (9,10% mães e 5,60% pais) e integraram a categoria falta de recursos com 11 unidades de enumeração.

Todas estas dificuldades nas diversas categorias foram reforçadas por 75 participantes que, em resposta a outra questão, identificaram situações, momentos ou ocasiões de maior dificuldade no exercício da parentalidade.

Em relação às facilidades, 83 participantes deram justificações para as facilidades no exercício da parentalidade e 64 identificaram, pelo menos, uma situação de maior facilidade. A informação destas situações foi integrada no mesmo referencial de categorias e a categoria que integrou informação de mais participantes (36) e onde foram enumeradas mais situações de facilidade (43) foi a de fatores da criança. Seguiram-se a

categoria no exercício da parentalidade com 32 unidades de enumeração, os fatores parentais com 5 e por existência de recursos com 3.

Da análise da informação referente às dificuldades e às facilidades, resultam, em todas as categorias, fatores que contribuem tanto para as dificuldades como para as facilidades. Entre esses fatores destacam-se o sono, o choro e o comportamento da criança, a resposta às necessidades físicas, as fases de desenvolvimento mais problemáticas da criança e a falta de recursos de apoio.

Na análise mais detalhada destes fatores, verificou-se que o sono perturbado foi uma característica da criança que originou dificuldades em 11 participantes e dificultou o exercício da parentalidade noutros 11. Contrariamente, a criança dormir bem foi uma característica de comportamento mais fácil para 15 participantes. Outra característica que discriminou a avaliação do comportamento da criança foi o choro da criança. A sua ausência foi justificação para as facilidades de 20 participantes e a sua presença constituiu dificuldades para 19. Pelo conjunto de todas as características do comportamento referidas por 54 participantes na justificação das facilidades concluiu-se que a criança ser sossegada e calma, dormir bem, ser obediente e pouco exigente, alimentar-se bem e não chorar são características de um comportamento da criança que constituem facilidades para os pais.

Estas características estão em consonância com o tipo de temperamento de crianças fáceis na avaliação de Chess e Thomas (1986), com um sono e alimentação regulares, elevada adaptabilidade, humor positivo e moderadamente ativas ou comportamentais. Este temperamento fácil também foi considerado por Kretchmar-Hendricks (2005) um fator facilitador da parentalidade e com correlação positiva com a adaptação dos pais aos cuidados da criança (Tarkka et al., 2000). Contrariamente, as crianças que choravam muito e eram irrequietas foram caracterizadas como problemáticas num estudo realizado por Häggman-Laitila e Euramaa (2003) com famílias que tinham pelo menos uma criança de idade inferior a três anos.

Continuando a análise dos fatores comuns às facilidades e às dificuldades, a resposta às necessidades físicas da criança constituiu dificuldades para 33 participantes, facilidades para 25 e justificação de facilidade para 20. Dentro destas respostas, a amamentação foi a que mais contribuiu para as dificuldades, principalmente por dúvidas maternas e pelo comportamento da criança na amamentação, mas também contribuiu para as facilidades na ausência de problemas. Esta referência a amamentação, tanto para as dificuldades como para as facilidades, confirma que os pais encaram a alimentação como

uma grande responsabilidade e que a amamentação poderá trazer complexidades e necessidades de apoio para os pais (American Academy of Pediatrics, 2005; Brazelton, 2009).

Ainda dentro da resposta às necessidades físicas da criança, a falta de experiência em cuidar da criança contribuiu para as dificuldades em 12 participantes enquanto a existência desta experiência contribuiu para a justificação das facilidades em 14. Também outros estudos evidenciam a inexperiência e insegurança em cuidar da criança como fontes de dificuldades (Mendes, 2009) e esta inexperiência poderá justificar a pesquisa de dificuldades em pais pela primeira vez, como no estudo de Christie e Bunting (2010), Hudson et al. (2001), Tarkka et al. (2000) e Warren (2005).

Na mesma categoria do exercício da parentalidade, uma fase de desenvolvimento da criança avaliada como mais problemática por 7 participantes contribuiu para as suas dificuldades. Uma fase considerada mais fácil contribuiu para as facilidades de 15 participantes. Na base desta avaliação esteve a facilidade ou dificuldade na compreensão da criança que também foi uma dificuldade encontrada num estudo exploratório com mães de crianças com menos de seis anos de idade (Bloomfield et al., 2005).

Na categoria dos recursos também a falta de apoio contribuiu para as dificuldades de 9 participantes e a existência de apoio para justificar as facilidades em 3. Apesar de serem poucos participantes a referenciar este recurso, a sua contribuição para as dificuldades e para as facilidades confirma que o apoio é um determinante na parentalidade como referenciado por Belsky (1984) e fator facilitador ou inibidor do processo de transição (Meleis et al., 2002).

Os resultados também evidenciam fatores que contribuíram apenas para as dificuldades e fatores que contribuíram apenas para as facilidades. Os que contribuíram para as dificuldades foram os problemas de saúde da mãe e a sua atividade profissional (14 participantes) e a doença ou as cólicas da criança (36 participantes). Isto confirma que a parentalidade integra muitas transições situacionais para os pais e para as crianças, tornando-a uma transição de natureza complexa tal como é definida por Meleis (2007). Os fatores que contribuíram apenas para as facilidades foram a alimentação (12 participantes) e o banho (6). Considerando que as respostas não eram condicionadas por escolhas, a referência a estas necessidades da criança indicia que os participantes atribuem importância à alimentação e ao banho, pelo que no exercício destas atividades se deverá incentivar a estimulação da criança.

### *Respostas dos participantes às situações de maior dificuldade*

Juntamente com a crença que os pais têm na importância do seu papel, as suas respostas às situações de maior dificuldade permitem identificar condições do exercício da parentalidade. Das respostas à questão do questionário “como resolveu as situações de dificuldades...” resultaram três categorias: a procura de apoio, respostas centradas no problema e respostas centradas nas emoções. A procura de apoio foi a categoria com mais unidades de enumeração (62) e de mais participantes (41) e os recursos de apoio para os pais foram os profissionais de saúde (31), os familiares (13) e linhas de ajuda disponíveis *online*. O médico foi o profissional mais procurado, seguindo-se o enfermeiro. Tal como no estudo de Smart e Hiscock (2007), o apoio foi a estratégia mais utilizada pelos pais para responderem às situações de dificuldade, o que evidencia que eles necessitam de apoio no exercício da parentalidade.

### *Importância atribuída ao papel de pai/mãe durante os primeiros anos de vida para o desenvolvimento da criança*

Todos os 106 participantes reconheceram a importância do seu papel para o desenvolvimento da criança, pois 79,10% atribuíram-lhe extrema importância, 20% atribuíram-lhe muita importância e 0,9% atribuíram-lhe alguma importância. Estes dados indicam que os participantes acreditam que podem afetar o desenvolvimento da criança, o que de acordo com Murphy e Bornstein (2004), os torna mais proativos e melhor sucedidos em cultivar as competências positivas das crianças.

Em relação às ações ou atitudes que os participantes acreditam ser importantes para o desenvolvimento da criança, foram referidas 232 ações que foram agregadas em cinco categorias nomeadas com termos da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (ICN, 2005): atender a criança (114), educação da criança (67), estimular a criança (64), comportamentos de procura de saúde (40) e preparação para a parentalidade (7).

As ações incluídas na categoria atender a criança referidas por 61 participantes e relacionadas com o apoiar a criança, o estar presente e relacionar-se afetivamente evidenciam uma valorização desta área, o que pode originar uma maior abertura para medidas de otimização deste atendimento da criança. É importante explorar estes momentos de interação para otimizar o seu desenvolvimento, pois um ambiente caloroso e de amor, de apoio emocional e de familiaridade do cuidador são condições ambientais

para as fundações da arquitetura do cérebro (Fox et al., 2010) e favorecem a sua aprendizagem (American Academy of Pediatrics, 2005). Para que este ambiente vise o melhor interesse da criança dos zero aos três anos, Pecnik (2008) considera que os pais têm de conhecer e adotar qualidade nas trocas afetivas e compreender a importância do seu papel no desenvolvimento da criança. Consequentemente, fica a dúvida sobre se os 45 participantes que não referiram ações nesta categoria necessitam de apoio. A mesma questão levanta-se para a categoria estimular a criança que integra ações de, apenas, 40 participantes, o que corresponde a 37,73% da amostra.

Na categoria educação da criança integraram-se 67 unidades de enumeração de 40 participantes relacionadas com a satisfação das necessidades físicas da criança, com o educar a criança, com o estabelecer limites, com o socializar e com o relacionamento com a creche. Na subcategoria da satisfação das necessidades físicas da criança, com 24 unidades de enumeração, 14 são referentes a uma alimentação correta, confirmando mais uma vez a preocupação dos pais com a alimentação, o que é importante para a saúde e o crescimento da criança e está de acordo com o fato de, como é referido por Brazelton (2009), a alimentação ser encarada pelos pais como uma grande responsabilidade.

Ainda dentro da categoria educação da criança, é de valorizar a ausência de ações na subcategoria estabelecer limites que foi referida por 11 participantes. As crianças precisam de limites para se sentirem seguras e a disciplina tem como objetivo de longo prazo a promoção do autocontrolo da criança (Brazelton & Sparrow 2008). Esta última subcategoria também engloba ações como o “pôr a criança de castigo” e o “repreendê-la” que necessitam de avaliação e intervenção junto dos pais para um melhor interesse da criança. A disciplina e a punição podem estar a ser confundidas e é necessário realçar a distinção, como nos alerta Kretchmar-Hendricks (2005).

As restantes duas categorias integraram menos unidades de enumeração. Uma, os comportamentos de procura de saúde, integra 40 ações de 26 participantes relacionadas com a prevenção da doença, a promoção do bem-estar da criança, a adoção de medidas de segurança e a utilização de serviços de saúde. A outra, preparação para a parentalidade, integra 7 ações de 7 participantes relacionadas com a aquisição de conhecimentos.

Os resultados deste estudo evidenciam áreas do exercício da parentalidade onde alguns participantes têm dificuldades e outros omitem ações dirigidas a todas as dimensões da parentalidade positiva. Pela necessidade de uma melhor avaliação do exercício da parentalidade positiva para identificar as áreas em que os pais necessitam de apoio, desenhou-se um segundo estudo.

## 5.2. AVALIAÇÃO DO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA

O exercício da parentalidade positiva centra-se num conjunto de atividades desenvolvidas pelos pais em resposta às necessidades da criança, em interação com ela e visando o seu melhor interesse. De acordo com Pecnik (2008), neste exercício os pais têm de compreender a importância do seu papel no desenvolvimento da criança, possuir capacidades para identificar e interpretar os sinais da criança e o compromisso de lhe responder apropriadamente e com qualidade nas trocas afetivas e nas interações.

Os resultados do primeiro estudo evidenciam que os pais têm consciência da importância do seu exercício, mas não são elucidativos quanto ao seu compromisso e às suas capacidades e conhecimentos. Consequentemente, para permitir encontrar evidências da necessidade de apoio de enfermagem para este exercício e diagnosticar as áreas em que, proativamente, esse apoio deverá ser dirigido, realizou-se um segundo estudo. Este estudo, num desenho correlacional, teve como principais objetivos avaliar o exercício da parentalidade positiva e relacioná-lo com as condições desse exercício.

A amostra foi constituída por 1011 participantes (664 mães e 347 pais) residentes no Distrito de Leiria e pais de crianças até 3 anos e meio de idade. As suas idades variaram entre 17 e 54 anos, tendo em média 33,02 anos (DP=4,91; Md=33). Maioritariamente os participantes eram casados ou em união de facto (92,09%) e de nacionalidade portuguesa (94,36%). No que se refere à sua residência, 45,99% viviam na aldeia, 28,88% na cidade e 23,94% na vila e a maioria tinha habitação própria (87,73%). Do ponto de vista académico, 35,51% dos participantes tinham o ensino secundário, 34,92% o ensino superior, 19,29% o ensino básico e 9,89% o ensino básico incompleto. Em relação ao aspeto profissional e de rendimentos, a maioria estava empregado (87,14%) e tinha uma remuneração familiar mensal entre 1000 a 2000 euros (55,39%). De acordo com os censos de 2011, estas características não diferem muito da população a nível nacional na idade, na taxa de desemprego e no ganho médio mensal. Os indivíduos casam depois dos 29 anos e a taxa de maternidade na adolescência diminuiu, o que dá origem a pais menos jovens. A taxa de desemprego em 2010 a nível nacional foi de 10,8% e o ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem foi de 1034 euros. Já o nível de escolaridade da amostra é superior aos dados a nível nacional onde 12% têm o ensino superior e 38% o ensino básico incompleto.

A informação dos participantes foi referente a 704 crianças, pois dos 1011 participantes 307 eram casais. As crianças foram maioritariamente do sexo masculino

(51,85%) com idades compreendidas entre 3 meses e 41 meses, tendo em média 22,77 meses (DP=11,40) e com localização da mediana em 22,50 meses. O seu peso de nascimento, em média de 3189,01 gramas, variou entre 910 gramas e 4980 gramas. A maioria das crianças frequentava a creche (77,42%) e, das restantes, 34 tinham ama e 119 permaneciam com os pais ou com os avós. Quando a criança não está na creche ou na ama, é guardada pelos pais (49,29%), pelos avós (23,86%), pelos pais e avós (21,31%) e pelos pais e outros familiares (1,99%).

Estes dados confirmam que o cônjuge e os avós são recursos de apoio na parentalidade, tal como nos referem outros estudos que consideram estes os apoios informais mais frequentes (Deave et al., 2008; Halle et al., 2008; Long, 2004; Jacobson & Engelbrecht, 2000; Warren, 2005).

Um dos objetivos deste estudo foi avaliar o exercício da parentalidade positiva dos pais de crianças até três anos e meio. Para esta avaliação foram consideradas duas variáveis: a autoperceção da confiança dos pais e a autoperceção das dificuldades dos pais nesse exercício. Para a sua medição optou-se pela construção de dois instrumentos originais, pois a análise de outros estudos (Crncec et al., 2008, 2010; Lopes, Catarino et al., 2010) permitiu verificar que os instrumentos utilizados não englobavam todas as atividades e dimensões específicas da parentalidade positiva.

Como recomendado por Bandura (2006) para a construção de escalas de avaliação de eficácia, incluíram-se itens resultantes de atividades específicas do domínio da parentalidade positiva e resultantes do questionamento dos pais no estudo anterior.

Os mesmos itens e dimensões operacionalizaram as duas variáveis formando uma parte comum às duas escalas multidimensionais que foram diferenciadas pela parte das respostas. Uma dessas escalas designou-se por Escala de Autoperceção da Confiança dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva (ECPPP) e pretende avaliar o julgamento dos pais das suas capacidades para o exercício da parentalidade positiva.

Esta escala é composta por cinco dimensões: necessidades físicas da criança ( $\alpha$  de *Cronbach*=0,827), segurança da criança ( $\alpha$  de *Cronbach*=0,799), desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança ( $\alpha$  de *Cronbach*=0,860), comunicação positiva ( $\alpha$  de *Cronbach*=0,856) e disciplina positiva ( $\alpha$  de *Cronbach*=0,840). Estes valores de  $\alpha$  de *Cronbach*, de acordo com Streiner e Norman (2008), são valores apropriados e indicam uma boa consistência interna dos itens e fidelidade dos resultados. De acordo com o mesmo autor, os valores das correlações dos itens com a dimensão a que pertencem permitiram considerar a sua homogeneidade em 100% e uma validade

convergente ( $r > 0,20$ ) e discriminante (correlações do item com a dimensão a que pertence superior em 0,1 às correlações do item com as dimensões às quais não pertence).

Estes valores de validade convergente e discriminante dos itens também foram obtidos para a Escala de Autoperceção das Dificuldades dos Pais no Exercício da Parentalidade Positiva (EDPPP) que pretendeu que os pais julgassem o grau de dificuldade no exercício da parentalidade positiva. Esta escala, também multidimensional, foi constituída pelas mesmas cinco dimensões com os seguintes valores de Alfa de *Cronbach*: necessidades físicas da criança ( $\alpha$  de *Cronbach*=0,796), segurança da criança ( $\alpha$  de *Cronbach*=0,769), desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança ( $\alpha$  de *Cronbach*=0,845), comunicação positiva ( $\alpha$  de *Cronbach*=0,841) e disciplina positiva ( $\alpha$  de *Cronbach*=0,837). Estes valores de  $\alpha$  de *Cronbach* também são apropriados e indicam uma boa consistência interna dos itens e a fidelidade dos resultados (Streiner & Norman 2008).

A análise dos resultados da aplicação destas escalas permite constatar que, na dimensão necessidades físicas, é onde os participantes percebem, em média, menos confiança ( $M=3,55; DP=0,65$ ) e mais dificuldades ( $M=2,53; DP=0,65$ ). Nesta dimensão, o cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas foi o item em que os participantes tiveram, em média, menos confiança ( $M=3,26; DP=1,02$ ) e mais dificuldades ( $M=2,92; DP=1,06$ ). As cólicas são relatadas por vários autores como uma situação problemática para os pais pelas crises de choro associadas e têm o seu pico às cinco semanas de idade (St James-Roberts, 2007). De acordo com Long (2004), o choro excessivo torna as mães ansiosas e leva-as a sobrealimentar a criança, provocando mais cólicas. Este facto foi confirmado num estudo com mães latinas residentes em Nova Iorque que revelou que 72% das mães acreditavam que o choro da criança indicava fome. Os itens seguintes, em relação à percepção de menos confiança e mais dificuldades, foram avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança ( $M=3,33; DP=1,01$  para a confiança e  $M=2,71; DP=1,01$  para as dificuldades), ajudar a criança a estabelecer o seu padrão de sono ( $M=3,46; DP=1,01$  para a confiança e  $M=2,71; DP=1,01$  para as dificuldades), nos procedimentos na amamentação ( $M=3,55; DP=1,06$  para a confiança e  $M=2,57; DP=0,65$  para as dificuldades) e lidar com o comportamento da criança na amamentação/aleitamento ( $M=3,56; DP=0,96$  para a confiança e  $M=2,53; DP=1,00$  para as dificuldades).

Ao confrontar-se estes resultados com os que indicam a idade da criança em que as dificuldades foram mais sentidas, verifica-se que 40,8% dos participantes tiveram

dificuldades na dimensão necessidades físicas e de segurança no primeiro mês e 25,8% no período de 1 aos 3 meses. Isto está de acordo com os estudos consultados em que o sono e a alimentação foram os que constituíram maiores problemas para os pais de crianças de duas semanas a sete meses (Smart & Hiscock, 2007) e num estudo de famílias com pelo menos uma criança de idade inferior a três anos (Häggman-Laitila & Euramaa, 2003). As dificuldades com a alimentação da criança neste período são essencialmente relacionadas com a amamentação (American Academy of Pediatrics, 2005) e o posicionamento do bebé na amamentação, as preocupações sobre a sua capacidade para se alimentar e sobre se o leite é suficiente para o bebé são algumas das complexidades enumeradas por Brazelton (2009).

Apesar do grande empenho dos serviços de saúde na promoção da amamentação, estas dificuldades e a baixa confiança necessitam de ser investigadas e apoiadas. Pelas respostas à pergunta sobre o tipo de leite com que eram alimentadas as crianças, verificou-se que a maioria das crianças foram alimentadas com leite materno (91,76%), conjuntamente com leite adaptado (80,97%) e conseqüentemente apenas 110 crianças (15,63%) tiveram amamentação exclusiva. Esta percentagem é muito baixa, considerando que o leite materno é o ideal para a criança.

Os itens, desta dimensão das necessidades físicas, em que os participantes perceberam mais confiança e menos dificuldades foram na preparação das primeiras sopas, na introdução de novos alimentos e a dar os primeiros banhos. Também no estudo de Warren (2005), apenas 3,41% das mães que integraram a amostra referiram baixa a moderada confiança no banho da criança.

Continuando na análise dos resultados da autopercepção da confiança e das dificuldades no exercício da parentalidade positiva, a dimensão disciplina positiva foi a seguinte nas dificuldades percebidas ( $M=2,52$ ;  $DP=0,77$ ), seguida da dimensão desenvolvimento, comportamento e estimulação ( $M=2,37$ ;  $DP=0,67$ ). O mesmo aconteceu em relação à confiança, mas sendo primeiro o desenvolvimento, comportamento e estimulação ( $M=3,74$ ;  $DP=0,66$ ) seguido da disciplina positiva ( $M=3,75$ ;  $DP=0,71$ ).

Embora as dificuldades em cada dimensão ocorressem em todas as idades da criança, foi dos 13 meses aos 24 meses que mais participantes (41,7%) descreveram as situações de maior dificuldade na dimensão desenvolvimento, comportamento e estimulação e foi a partir dos 24 meses onde mais participantes (72,9%) referiram a existência de situações de maior dificuldade na dimensão disciplina.

As dificuldades no comportamento, no conhecimento do seu desenvolvimento e na disciplina também foram encontradas por Bloomfield et al. (2005) num estudo qualitativo exploratório de experiências e opiniões das mães de crianças com menos de seis anos de idade, mas não especificam em que idades estas dificuldades são mais sentidas. No entanto, Brazelton (2009) refere que a partir do ano de idade é um período de intenso desenvolvimento para a criança e de grandes desafios para os pais, que devem compreender que os surtos de irritabilidade, teimosia e birras integram um quadro que tem de ser entendido pelos pais e que exige manifestações de afeto e de disciplina.

As birras começam por volta dos 12 meses de idade e desaparecem quando as crianças começam a aprender outras maneiras de resolver o problema (Sanders, s.d.), mas, como nos referem Brazelton e Sparrow (2009), os pais podem perder o autocontrolo quando se sentem impotentes para controlar a criança, podendo desencadear sentimentos que levam a ações de violência. Numa análise a nível dos itens da dimensão disciplina, verifica-se que o utilizar disciplina positiva, em vez de castigos, ameaças e restrições, correspondeu ao item onde foi percebida menos confiança ( $M=3,53$ ;  $DP=0,90$ ) e mais dificuldades ( $M=2,65$ ;  $DP=0,91$ ). Isto indica uma área onde os participantes necessitam de apoio, pois, de acordo com a Convenção dos Direitos da Criança, a punição física é considerada um atentado à dignidade e integridade da criança e o uso desta punição para disciplinar é uma violação dos direitos humanos básicos que deve ser prevenida (Janson, 2008).

Na dimensão desenvolvimento, comportamento e estimulação, o saber quais as ações que estimulam a criança foi o item em que foi percebida menos confiança ( $M=3,55$ ;  $DP=0,87$ ) e mais dificuldades ( $M=2,55$ ;  $DP=0,87$ ) e o aproveitar o momento do banho para estimular a criança foi o item onde os participantes perceberam mais confiança ( $M=3,90$ ;  $DP=0,89$ ) e menos dificuldades ( $M=2,19$ ;  $DP=0,92$ ).

Estes resultados, e o facto de no primeiro estudo somente 37,5% dos participantes terem indicado como importantes as ações relacionadas com a estimulação da criança, indiciam a necessidade de capacitação dos pais. A preparação e o conhecimento torna os pais mais resilientes, ajuda-os a compreender a criança, o que fazer em cada fase do desenvolvimento, o tipo de apoio e disciplina mais adequado e a proporcionar um ambiente no melhor interesse da criança (Ahmann, 2002; U.S. Department of Health & Human Services, 2011).

Continuando na análise das dimensões das escalas do exercício da parentalidade positiva, na dimensão segurança com valores médios de confiança de 3,82 ( $DP= 0,64$ ) e

de dificuldades de 2,31 (DP=0,65), os itens perceber os sinais de doença na criança e a cuidar da criança quando está doente foram os que onde, em média, os participantes perceberam menos confiança (M=3,27; DP=0,92; M=3,50; DP=0,90) e mais dificuldades (M=2,78; DP=0,95; M=2,77; DP=0,95). Estas dificuldades, mais uma vez, reforçam a complexidade da parentalidade com a integração de várias transições situacionais, como as situações de doença da criança e da mãe. Nesta situação, como refere Meleis (2007), há dois processos que exigem a adaptação dos pais: as responsabilidades evolutivas do exercício da parentalidade e a doença.

A dimensão comunicação positiva foi, em média, onde os pais perceberam mais confiança (M=4,00; DP=0,67) e menos dificuldades (M=2,19; DP=0,71). No entanto, essas diferenças não se verificaram em relação ao item da interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar que foi onde os participantes perceberam menos confiança (M=3,75; DP=0,82) e mais dificuldades (M=2,47; DP=0,88). Este item poderá estar na origem de 23,3% dos participantes indicarem situações de dificuldade na comunicação durante o primeiro mês.

Esta interpretação do choro também foi uma fonte de dificuldade no estudo de Bloomfield et al. (2005). O choro é uma forma de comunicar, nos primeiros meses, como expressão de muitas situações, que deve ter uma resposta de afeto dos pais que têm de aprender a interpretar o comportamento do bebé no choro (American Academy of Pediatrics, 2005; Brazelton, 2009; Brazelton & Sparrow, 2009; Health Canadá, 2010).

A confiança e as dificuldades na realização das atividades que caracterizam o exercício são as variáveis que foram assumidas como integrando a natureza do exercício da parentalidade positiva e cujos pontos críticos e períodos de vulnerabilidade requerem atenção de enfermagem, tal como referem Meleis et al. (2000) para a natureza das transições. Para os mesmos autores, todas as transições têm condições facilitadoras e inibidoras onde é necessário intervir, pelo que este estudo também teve como objetivo a sua identificação e avaliação.

A partir do quadro conceptual das transições de Meleis et al. (2000), dos determinantes da parentalidade de Belsky (1984) e dos indicadores do estudo anterior, foram consideradas condições facilitadoras ou inibidoras do exercício da parentalidade positiva as características dos pais, as características das crianças e os recursos de apoio. Com o objetivo de os relacionar com o exercício da parentalidade positiva foram enunciadas cinco hipóteses:

- Duas avaliaram a relação entre o exercício da parentalidade positiva e as características dos participantes, uma pelas correlações entre as escalas do exercício da parentalidade positiva e a escala da necessidade de conhecimentos para esse exercício e outra pelas diferenças de média entre os totais das dimensões das duas escalas do exercício da parentalidade positiva, segundo variáveis sociodemográficas dos participantes (sexo, idade, nível de escolaridade, residência, empregabilidade e o rendimento familiar), e a experiência no exercício da parentalidade traduzida por serem pais de um ou mais filhos.

- Duas hipóteses avaliaram a relação entre o exercício da parentalidade positiva e as características da criança, uma pelas correlações entre os totais das dimensões das escalas do exercício da parentalidade positiva com o total da escala do comportamento da criança e com a idade da criança à data da colheita de dados e outra hipótese pelas diferenças nos totais das dimensões das escalas do exercício da parentalidade segundo a percepção dos pais da existência de problemas de saúde na criança e segundo o seu peso de nascimento.

- Uma hipótese avaliou a relação entre o exercício da parentalidade positiva e os recursos de apoio, através das correlações entre os totais das dimensões das escalas do exercício da parentalidade e os totais das dimensões da escala dos recursos de apoio.

#### *Relação entre o exercício da parentalidade e as características dos participantes*

Para avaliar a necessidade de conhecimentos, foi construída uma escala com os mesmos itens e dimensões das anteriores que se designou por Escala de Autopercepção da Necessidade de Conhecimentos para o Exercício da Parentalidade Positiva (ENCPPP). Esta escala multidimensional pretendeu que os pais julgassem a sua necessidade de mais conhecimentos para o exercício da parentalidade positiva. Foi construída e validada com cinco dimensões: necessidades físicas da criança ( $\alpha$  de Cronbach=0,855), segurança da criança ( $\alpha$  de Cronbach=0,824), desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança ( $\alpha$  de Cronbach=0,896), comunicação positiva ( $\alpha$  de Cronbach=0,886) e disciplina positiva ( $\alpha$  de Cronbach=0,890). Tal como as escalas anteriores, estes valores de  $\alpha$  de Cronbach, de acordo com Streiner e Norman (2008), são valores apropriados e indicam uma boa consistência interna dos itens e a fidelidade dos resultados.

De acordo com o mesmo autor, os valores obtidos com as correlações dos itens com a dimensão a que pertencem permitiu referir a homogeneidade dos itens em 100% e

uma validade convergente ( $r > 0,20$ ) e discriminante ( correlações do item com a dimensão a que pertence superior em 0,1 às correlações do item com as dimensões às quais não pertence) podendo afirmar-se que avaliam a dimensão a que pertencem. No entanto, na dimensão necessidades físicas houve dois itens onde a diferença das correlações com a dimensão a que pertencem e com a dimensão a que não pertencem foi inferior a 0,1. Contudo, optou-se por não os eliminar dada a importância do seu conteúdo funcional.

A análise dos resultados da necessidade de conhecimentos dos pais permite constatar que os pais perceberam necessidade de conhecimentos em todas as dimensões e em todos os itens. A dimensão onde, em média, os pais percebem mais necessidade de conhecimentos foi a disciplina ( $M=2,78$ ;  $DP=0,95$ ), sendo que os itens que mais contribuíram para este resultado foram utilizar disciplina positiva em vez de castigos, ameaças e restrições ( $M=2,94$ ;  $DP=1,06$ ) e estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança ( $M=2,84$ ;  $DP=1,08$ ). A dimensão desenvolvimento, comportamento e estimulação foi a que seguiu no valor médio das necessidades de conhecimento ( $M=2,68$ ;  $DP=0,87$ ), sendo que o item que mais contribuiu foi o saber quais as ações que estimulam a criança ( $M=2,90$ ;  $DP=1,08$ ). A dimensão seguinte foi a segurança ( $M=2,60$ ;  $DP=0,82$ ), pelo peso dos itens a perceber os sinais de doença na criança ( $M=3,13$ ;  $DP=1,11$ ) e a cuidar quando a criança está doente ( $M=3,06$ ;  $DP=1,08$ ), a dimensão necessidades físicas ( $M=2,58$ ;  $DP=0,75$ ) com os itens a cuidar da criança quando tem ou tinha cólica ( $M=2,99$ ;  $DP=1,11$ ) e a avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança ( $M=2,76$ ;  $DP=1,06$ ). A dimensão comunicação positiva com a criança foi a que, em média, os participantes perceberam menor necessidade de conhecimentos ( $M=2,48$ ;  $DP=0,90$ ), sendo o item na interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar o que obteve valores mais elevados nesta dimensão ( $M=2,69$ ;  $DP=1,01$ ).

Estas áreas onde foram percebidas mais necessidade de conhecimentos são comuns às encontradas em estudos sobre os conhecimentos que os pais têm interesse em adquirir. A disciplina foi requerida por 53% dos pais de crianças dos zero aos três anos numa população dos Estados Unidos (Zepeda & Morales, 2004) e por 90% dos pais de crianças dos zero aos cinco anos numa população do norte do Texas (Jacobson & Engelbrecht, 2000). Nestes estudos também foram áreas de preferência a estimulação da criança, os padrões de sono, como responder ao choro e os cuidados físicos. O comportamento e desenvolvimento normais da criança e as situações que, por regra, acontecem no exercício da parentalidade foram necessidades de informação resultantes de um estudo numa

população australiana de pais de crianças com idades compreendidas entre as 12 e as 18 semanas (Eron et al., 2007).

Na relação desta necessidade de conhecimentos com o exercício da parentalidade positiva, as correlações foram muito significativas ( $p < 0,01$ ) para as duas escalas com valores indicativos de associação linear baixa a moderada e negativa com os totais das dimensões da escala de autoperceção da confiança, com o valor mais elevado na dimensão necessidades físicas ( $r = -0,502$ ;  $p < 0,01$ ) e de associação linear moderada a alta e positiva com os totais das dimensões da escala de autoperceção de necessidades com o valor mais elevado também nas necessidades físicas ( $r = 0,712$ ;  $p < 0,01$ ). Consequentemente, a maior perceção de confiança no exercício da parentalidade positiva está associada, em média, menor necessidade de conhecimentos para esse exercício e a maior perceção de dificuldades no exercício da parentalidade positiva está associado, em média, mais necessidade de conhecimentos para esse exercício.

Estes resultados evidenciam áreas educacionais onde os enfermeiros poderão intervir para aumentar a confiança e diminuir as dificuldades, como se verificou no estudo de Warren (2005) em que houve uma relação significativa e positiva entre a confiança das mães a cuidarem da criança e a informação dada. As mães confiaram mais no apoio dos profissionais para o banho e para a alimentação da criança e na dos amigos e família para o sono e mudança de fralda e de roupa. As áreas onde foram identificadas menos necessidade de conhecimentos não devem ser desconsiderados, pois os autores alertam para a possibilidade de a educação ser vista como desnecessária para alguns pais ou eles poderem não identificar a sua necessidade (Jacobson & Engelbrecht, 2000; Zepeda, Varela & Morales, 2004).

No que diz respeito ao exercício da parentalidade positiva com as outras características dos participantes, e de acordo com as hipóteses anteriormente referidas, existe uma correlação negativa entre a idade e a perceção de confiança na dimensão desenvolvimento, comportamento e estimulação ( $r = -0,073$ ;  $p < 0,05$ ) e uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a perceção de dificuldades na dimensão comunicação positiva ( $r = 0,067$ ;  $p < 0,05$ ). Em consequência, a um aumento de idade está associado, em média, uma diminuição da perceção da confiança no desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança e um aumento de perceção de dificuldades na comunicação positiva.

Os dados estão de acordo com o estudo de Bryanton et al. (2008) em que em mães de idade menor ou igual a 30 anos, conjuntamente com a multiparidade, foram preditivas

de maior autoeficácia na parentalidade. No entanto, os resultados não diferem totalmente dos estudos em que a autoeficácia não se correlacionou com a idade (Bloomfield & Kendall, 2007; Salonen et al., 2009; Tarkka et al., 2000), pois os valores de correlação são baixos e associados somente a duas dimensões. Contrariamente, no estudo de Häggman-Laitila e Euramaa (2003), as maiores situações problemáticas foram identificadas em mães com idades inferiores a 24 anos. No entanto, estas mães tinham somente um filho, que foi uma variável que evidenciou, neste estudo, influenciar o exercício da parentalidade. Os participantes com um filho perceberam, em média, menos confiança e mais dificuldades nas necessidades físicas e na segurança em relação aos participantes com mais filhos ( $p < 0,05$ ).

Nas outras dimensões, as diferenças são estatisticamente não significativas, o que está em consonância com o estudo de Morawska et al. (2009) em as correlações entre o número de filhos na promoção do desenvolvimento, nos princípios de parentalidade efetiva e no uso de disciplina assertiva foram estatisticamente não significativas.

Em relação ao sexo dos participantes os resultados evidenciaram que os do sexo feminino percebem, em média, mais confiança nas necessidades físicas, segurança, desenvolvimento, comportamento e estimulação e comunicação positiva que os do sexo masculino ( $p < 0,01$ ). Os participantes do sexo masculino percebem, em média, mais dificuldades em todas as dimensões que os do sexo feminino ( $p < 0,05$ ). Também nos estudos de Bloomfield e Kendall (2007) e de Salonen et al. (2009), as mães apresentaram níveis de autoeficácia na parentalidade significativamente mais altos que os pais.

No que se refere ao nível de escolaridade, os participantes com o ensino básico em relação com os do ensino superior percebem menos confiança na comunicação ( $DM = -0,191$ ;  $p < 0,05$ ) e mais dificuldades na segurança ( $DM = 0,127$ ;  $p < 0,05$ ), no desenvolvimento, comportamento e estimulação ( $DM = 0,174$ ;  $p < 0,05$ ) e na comunicação positiva ( $DM = 0,243$ ;  $p < 0,01$ ). Os participantes com o ensino básico incompleto percebem, em média, mais dificuldades que os do ensino superior na segurança ( $DM = 0,209$ ;  $p < 0,01$ ) e na comunicação ( $DM = 0,223$ ;  $p < 0,05$ ). Os participantes com o ensino secundário perceberam mais dificuldades na comunicação positiva que os participantes do ensino superior ( $DM = 0,134$ ;  $p < 0,05$ ). Isto significa que os participantes com o ensino superior, nestas dimensões, perceberam mais confiança e menos dificuldades, o que está em concordância com o estudo de Van Bakel e Riksen-Walraven (2002) em que o nível de escolaridade dos pais apresentou correlação positiva com a qualidade parental e com o de Morawska et al. (2009) que identificou uma correlação

positiva entre o nível de escolaridade e os conhecimentos de estratégias de parentalidade efetiva.

No que se refere à empregabilidade, os participantes empregados percebem, em média, mais dificuldades nas necessidades físicas e na disciplina positiva do que os participantes desempregados ( $p < 0,05$ ). O estudo não identificou a origem destas dificuldades, mas coloca-se a hipótese de haver uma sobrecarga de trabalho e menos tempo para a criança, o que foi um fator de dificuldade mencionado pelos participantes do primeiro estudo. A UNICEF (2010) alerta que o trabalhar mais equivale a menos tempo para as crianças e que o tempo dos pais é um fator importante na parentalidade. Smith (2010) também concluiu que trabalhar fora de casa era uma medida de stresse de contexto para a parentalidade.

Na análise da residência dos participantes, verificou-se que os residentes na aldeia percebiam menos confiança que os da cidade ( $DM = -0,17$ ;  $p = 0,001$ ) e que os da vila ( $DM = -0,12$ ;  $p = 0,042$ ) na dimensão segurança. Percebiam, ainda, mais dificuldades que os da cidade nas dimensões segurança ( $DM = 0,19$ ;  $p = 0,000$ ), comunicação positiva ( $DM = 0,14$ ;  $p = 0,015$ ) e disciplina positiva ( $DM = 0,14$ ;  $p = 0,039$ ) e do que os da vila na disciplina positiva ( $DM = 0,17$ ;  $p = 0,010$ ). Estes dados contrariam o evidenciado no estudo de Häggman-Laitila e Euramaa (2003) que concluiu que as famílias urbanas tinham mais problemas no exercício da parentalidade do que as famílias rurais. Os contextos culturais e sociais são diferentes, mas seria importante a identificação dos fatores que estão na origem desta diferença.

Em relação ao rendimento familiar, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos de participantes, segundo as remunerações familiares mensais inferiores a 1000 euros, de 1000 a 2000 euros, de 2001 a 3000 euros e superior a 3000 euros. Embora o nível económico seja descrito como um fator com influência no exercício da parentalidade, também foi uma variável que não teve relação estatisticamente significativa com a adaptação das mães a cuidarem da criança de 8 meses (Tarkka et al., 2000). No entanto, a UNICEF (2010) considera que o rendimento do agregado familiar é um fator que poderá ter influência no tempo disponível para a criança em dois sentidos: diminuir o tempo por mais horas de trabalho ou aumentar por permitir pagar a realização das tarefas domésticas.

### *Relação do exercício da parentalidade positiva com as características da criança*

Para caracterizar a criança foram consideradas as variáveis idade, peso de nascimento, existência de problemas de saúde e características do seu comportamento. As duas primeiras foram avaliadas por perguntas de resposta aberta, a segunda por pergunta de resposta fechada e as características do comportamento por uma escala construída e validada para o efeito. Esta escala, unidimensional, designou-se por Escala do Comportamento da Criança (ECCriança) e integrou os itens do seu comportamento que os participantes no primeiro estudo descreveram como influenciando o exercício da parentalidade.

Os procedimentos de validação indicaram uma aceitável consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach de 0,673) e correlações entre cada item e o total da escala superiores a 0,39 ( $p < 0,01$ ). Na análise fatorial pelo método de condensação em componentes principais foi extraído um fator, pela regra de *Kaiser*, que explica 50,59% da variância total.

A escala ficou constituída por quatro itens e um fator com valor mínimo de 4 e máximo de 12 pontos. Valores mais baixos no fator indicaram uma criança mais ativa e com maior irritabilidade que, de acordo com Chess e Thomas (1986), correspondem a crianças de comportamento mais difícil. Valores mais elevados com crianças mais sossegadas e com menor irritabilidade conotam-se com um comportamento mais fácil.

Os resultados da sua aplicação descrevem que a criança chorar muito foi, em média, a característica mais pontuada pelos participantes ( $M=2,49$ ;  $DP=0,55$ ) e que existem correlações entre a escala do comportamento da criança e os totais de algumas dimensões das duas escalas do exercício da parentalidade positiva. Nas dimensões *desenvolvimento, comportamento e estimulação* ( $r=0,094$ ;  $p < 0,01$ ), *comunicação positiva* ( $r=0,076$ ;  $p < 0,05$ ) e *disciplina positiva* ( $r=0,115$ ;  $p < 0,01$ ) a valores mais elevados de perceção de confiança associam-se, em média, valores mais elevados no comportamento da criança. Nas dimensões *necessidades físicas* ( $r=-0,104$ ;  $p < 0,01$ ), *desenvolvimento, comportamento e estimulação* ( $r=-0,122$ ;  $p < 0,01$ ), *comunicação positiva* ( $r=-0,081$ ;  $p < 0,05$ ) e *disciplina positiva* ( $r=-0,135$ ;  $p < 0,01$ ) a valores mais elevados de perceção de dificuldades associam-se, em média, valores mais baixos no comportamento da criança. Como a valores mais baixos da ECCriança correspondem crianças de comportamento mais difícil, verifica-se que a autoperceção de dificuldade no exercício da parentalidade positiva aumenta com crianças de comportamento mais difícil e a autoperceção de

confiança no exercício da parentalidade positiva aumenta com crianças de comportamento mais fácil.

Embora as correlações sejam fracas ( $r < 0,2$ ) e com pouca validade prática, elas são estatisticamente significativas e estão de acordo com Kretchmar-Hendricks (2005) que considera um fator facilitador da parentalidade a criança ter um temperamento fácil e, com o estudo de Tarkka et al. (2000), em que fatores do temperamento da criança tiveram correlação positiva com a adaptação dos pais aos cuidados da criança quando esta tinha oito meses.

Na relação do exercício da parentalidade positiva com a idade da criança, não houve correlações estatisticamente significativas com a percepção da confiança o que evidencia consonância com o estudo de Salonen et al. (2009), em que a idade da criança não evidenciou fortes correlações com a eficácia na parentalidade. No entanto, na escala de autopercepção das dificuldades, verificou-se que a percepção das dificuldades na disciplina positiva tem uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a idade da criança ( $r = 0,072$ ;  $p < 0,05$ ). Consequentemente, a valores mais elevados de percepção de dificuldades dos participantes na disciplina positiva associam-se, em média, idades mais elevadas dos seus filhos. Sendo este estudo com crianças até 3 anos e meio, esta idade mais elevada corresponde ao período das birras que é dos 12 meses aos três anos (Brazelton, 2009; Sanders, s.d.).

Outra hipótese verificou a existência de diferenças de médias entre os totais das dimensões das duas escalas do exercício da parentalidade positiva segundo o peso de nascimento da criança e o ter problemas de saúde.

No que se refere aos problemas de saúde, os participantes com crianças sem problemas de saúde perceberam, em média, mais confiança e menos dificuldades nas dimensões necessidades físicas, segurança e desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança do exercício da parentalidade positiva que os participantes com crianças com problemas de saúde ( $p < 0,05$ ). Estes dados estão em consonância com um estudo que evidenciou uma relação entre a percepção de eficácia na parentalidade com a percepção dos pais sobre a criança ter problemas de saúde ou ser saudável (Salonen et al., 2009).

Em relação ao peso de nascimento em média, os participantes com crianças cujo peso de nascimento foi superior ou igual a 2500 gramas perceberam mais confiança a nível das necessidades físicas, segurança, desenvolvimento, comportamento e estimulação e disciplina positiva da criança ( $p < 0,05$ ) e perceberam menos dificuldades

nas necessidades físicas e segurança da criança do que os participantes com crianças cujo peso de nascimento foi inferior a 2500 gramas ( $p < 0,05$ ). O peso não evidenciou fortes correlações com a eficácia na parentalidade no estudo de Salonen et al. (2009), mas, de acordo com a Direção Geral de Saúde (2008), o baixo peso ao nascer e a prematuridade tornam a criança mais frágil e a necessitar de mais cuidados.

#### *Relação do exercício da parentalidade com os recursos de apoio*

Para avaliar os recursos de apoio foi construída e validada uma escala com itens resultantes do estudo exploratório anterior e resultantes da literatura. Esta escala dicotómica e multidimensional foi designada por Escala de Recursos de Apoio na Parentalidade (ERAP) e ficou constituída com duas dimensões: Recursos de apoio formal, (KR20= 0,688) com cinco itens referentes a recursos de apoio de carácter científico e especializado e recursos de apoio informal (KR20= 0,602), com seis itens relacionados com recursos de apoio social e familiar. Estes valores de KR20 indicam uma razoável consistência interna e os valores das correlações ponto-biserials (Rpb) entre cada item e o total da dimensão a que pertence são superiores a 0,311 ( $p < 0,01$ ).

Na correlação simultânea dos itens nas duas dimensões verifica-se que os itens na dimensão a que pertencem têm pesos superiores a 0,5 e a diferença em relação aos pesos na dimensão a que não pertencem são superiores a 0,1. Consequentemente, a validade discriminante dos itens evidencia uma estrutura harmoniosa e fiável, satisfazendo os critérios que permitem afirmar que avaliam a dimensão a que pertencem.

Os resultados da sua aplicação indicaram que, em média, foram mencionados mais recursos de apoio formal ( $M=2,89$ ;  $DP=1,54$ ) do que recursos de apoio informal ( $M=1,41$ ;  $DP=1,26$ ). Nos recursos de apoio formal, a moda situou-se nos médicos (79,64%), seguindo-se os enfermeiros (69,51%), a informação escrita (64,79%), os guias elaborados por profissionais (37,61%) e acesso telefónico a enfermeiro especialista (37,61%). Nos recursos informais, a moda situou-se nos avós da criança (85,56%), seguido dos amigos (52,96%), outros familiares (52,16%), internet (40,12%), outros pais (26,98%) e vizinhos (21,06%).

Estes resultados dos recursos informais não diferem de outros estudos em que os recursos informais mais frequentes foram o cônjuge, os avós e os amigos, mas também foram referenciados os vizinhos e a internet (Deave et al., 2008; Halle et al., 2008; Long, 2004; Jacobson & Engelbrecht, 2000; Warren, 2005). Os estudos destes autores referem

que o cônjuge foi o principal recurso de apoio, o que também se verificou neste estudo. No entanto, este recurso foi excluído da escala por não ser discriminante.

Os avós foram o recurso de apoio mais frequente e também fizeram parceria com os pais na guarda da criança, como se verificou, nesta amostra, como resposta à pergunta da guarda da criança quando esta não estava na creche ou na ama. Dos participantes, 23,86% referiram que eram os avós que guardavam a criança e 21,31% que eram os avós e os pais (mãe e pai).

Nos recursos de apoio formal, os profissionais de saúde também foram identificados pelos diferentes estudos como necessários para apoio e informação tanto para os pais como para as mães (Deave et al., 2008; Tarkka et al., 2000; Warren, 2005). Entre os profissionais de saúde, as enfermeiras de saúde pública foram o apoio de informação mais frequente para 77% das mães (Warren, 2005).

Ainda em relação aos recursos de apoio, e com o objetivo de identificar aqueles de que os participantes sentiram falta, foram colocadas treze questões dicotômicas de resposta fechada e uma resposta aberta para eles sinalizarem os recursos de apoio que necessitaram e não tiveram. A análise dos resultados evidenciou que todos os recursos foram sinalizados como necessários, mas, entre os participantes que não tiveram os recursos, os mais sinalizados como necessários foram os avós (57,64%), o cônjuge (42,67%) e outros familiares (25,58%). Dos recursos formais, os sinalizados como necessários por mais participantes foram o acesso telefónico a enfermeiro especialista (23,47%), a visita de enfermeiros a casa (23,42%) e os guias elaborados por profissionais (22,99%). Isto confirma os estudos mencionados anteriormente que o cônjuge e os avós são os principais recursos de apoio. Para Mercer e Walker (2006) os melhores apoios para os pais são as suas famílias pelo que devem ser otimizados pelos enfermeiros.

A relação entre o exercício da parentalidade positiva e os recursos de apoio foi uma das hipóteses deste estudo avaliada pelo coeficiente de correlação de *Pearson*. Os resultados indicaram que nas dimensões *segurança* ( $r=0,066$ ;  $p<0,05$ ), *desenvolvimento, comportamento e estimulação* ( $r=0,111$ ;  $p<0,01$ ), *comunicação positiva* ( $r=0,093$ ;  $p<0,01$ ) e *disciplina positiva* ( $r=0,101$ ;  $p<0,01$ ) a valores mais elevados de perceção de confiança associam-se, em média, valores mais elevados de recursos de apoio formal. Nas dimensões *desenvolvimento, comportamento e estimulação* ( $r=0,062$ ;  $p<0,05$ ) e *disciplina positiva* ( $0,066$ ;  $p<0,05$ ) a valores mais elevados de perceção de confiança associam-se, em média, valores mais elevados de recursos de apoio informal.

Na escala da autopercepção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva, nas dimensões comunicação positiva ( $r=-0,092$ ;  $p<0,01$ ) e disciplina positiva ( $r=-0,066$ ;  $p<0,05$ ), a valores mais elevados de percepção de dificuldades associam-se, em média, valores mais baixos nos recursos de apoio formal e na dimensão necessidades físicas ( $r=0,063$ ;  $p<0,05$ ) a valores mais elevados de percepção de dificuldades associam-se, em média, valores mais elevados nos recursos de apoio informal.

Os resultados indicam associação dos recursos de apoio com o exercício da parentalidade positiva, com correlação positiva e significativa com a percepção da confiança e a correlação negativa e significativa com a percepção de dificuldades em algumas dimensões. A ausência de relação nas outras dimensões está em consonância com o estudo correlacional de Montigny et al. (2006) em que foram valorizados os apoios das avós, amigos e profissionais de saúde, mas não houve relação na percepção de apoio com a percepção da eficácia no exercício da parentalidade e no nível de ansiedade.

No estudo de Warren (2005), o apoio de informação e de avaliação teve relação significativa e positiva com a confiança das mães a cuidarem da criança e no de Tarkka et al. (2000) o apoio de enfermagem foi preditivo da adaptação a cuidar da criança, conjuntamente com a competência da mãe e o relacionamento com o cônjuge. No entanto, a adaptação das mães a cuidar da criança teve fraca correlação positiva com o apoio de enfermagem. Tal como nestes estudos consultados, os valores encontrados nesta amostra indicam correlações baixas ( $r<0,2$ ) o que fragiliza o interesse prático do apoio de enfermagem. No entanto, a conjugação dos vários resultados reforça o seu interesse. Estes resultados referem-se à associação ser estatisticamente significativa, aos pais referirem a necessidade deste recurso e aos pais recorrerem aos profissionais de saúde nas situações de dificuldade, como foi relatado no primeiro estudo. O enfermeiro é um recurso de apoio formal para os pais e um facilitador dos recursos informais com vista à construção de capital social que os autores consideram determinante para a parentalidade positiva (Fielden & Gallagher, 2008; Heaman et al., 2006; Sadler & Cowlin, 2003; Wagner et. al., 2002).

Nestes recursos é de valorizar o uso das tecnologias como a internet, já utilizada por 40,12% dos pais participantes neste estudo e considerada como necessário por 11,89% dos que não o tiveram. Poderá ser um recurso para os profissionais apoiarem, sobretudo, os pais (masculino) pois, como apresentado anteriormente, eles sentem menos confiança e mais dificuldades do que as mães no exercício da parentalidade, com diferenças estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ) e, a avaliar pela amostra do primeiro

estudo, realizado com pais que acompanharam as crianças aos serviços de saúde, há maior acessibilidade às mães, porque, na maioria das situações, são elas que acompanham a criança às consultas e vacinação.

De acordo com alguns estudos, o uso das tecnologias está a ser muito utilizado no apoio informal para procura de informação e para interação com os amigos (Deave et al., 2008; Hall & Irvine, 2009), no apoio formal para linhas de ajuda e para proporcionar informação e orientações (Shribman & Billingham, 2009) e como livraria eletrónica e plataforma de diálogo educacional (Hudson et al., 2008).

As respostas às hipóteses já apresentadas permitiram identificar, nesta amostra, quais os fatores que tiveram relação com o exercício da parentalidade positiva. Mas, como eles não existem isoladamente, foi outro objetivo deste estudo o determinar o conjunto das variáveis explicativas ou preditivas das diferenças na autoperceção da confiança e autoperceção das dificuldades no exercício da parentalidade positiva.

#### *Variáveis explicativas do exercício da parentalidade positiva*

Na prossecução do objetivo descrito anteriormente, utilizou-se o teste de regressão linear múltipla tendo como variáveis endógenas ou dependentes as dimensões das escalas do exercício da parentalidade (ECPPP e EDPPP). Todas as variáveis que foram consideradas nas hipóteses anteriores foram selecionadas como variáveis exógenas ou independentes e, através do método *Backward*, foram eliminadas as que não contribuíram significativamente para a confiança e para as dificuldades no exercício da parentalidade positiva. De acordo com o quadro teórico elaborado, estas variáveis determinam o exercício da parentalidade na medida em que contribuem para o facilitar ou inibir.

Os resultados dos testes evidenciaram conjuntos de variáveis explicativas da perceção da confiança e das dificuldades no exercício da parentalidade. Na escala de autoperceção da confiança no exercício da parentalidade positiva, a variação expressa pelo coeficiente de determinação  $R^2_{ajustado}$  foi entre 19% na dimensão comunicação e 30% na dimensão desenvolvimento, comportamento e estimulação e na escala de autoperceção de dificuldades esse coeficiente apresentou valores entre 40% na dimensão comunicação e 53% na dimensão necessidades físicas. Considerou-se a variância explicada relevante, pois de acordo com Pestana e Gageiro (2005a), um  $R^2$  entre 10% a 25% já é relevante no domínio das ciências comportamentais.

O teste *F* indica que os conjuntos das variáveis são estatisticamente significativos em todas as dimensões das duas escalas ( $p=0,000$ ) e o teste *t-Student* indica que as variáveis que os compõem são estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ) e contribuem para a explicação.

Todas as variáveis, com exceção do rendimento familiar e idade da criança, contribuíram para explicar uma ou mais dimensões das escalas. Embora as variáveis tenham que ser vistas no conjunto onde estão integradas, há variáveis que, por integrarem vários conjuntos, merecem um maior destaque. Entre elas, a necessidade de conhecimentos em cada dimensão é uma variável explicativa para essa dimensão e em que, em média, o seu aumento diminui a autoperceção da confiança e aumenta a autoperceção das dificuldades. Isto é válido para todas as dimensões das duas escalas mantendo-se as restantes variáveis do conjunto constantes.

Outra variável que contribui para a explicação de mais confiança e menos dificuldades é o comportamento da criança. Crianças de comportamento mais fácil, embora em poucas unidades, explicam o aumento na perceção de confiança no desenvolvimento, comportamento e estimulação ( $p<0,05$ ), a perceção da confiança na comunicação ( $p<0,05$ ) e a perceção da disciplina ( $p<0,01$ ) e explicam a diminuição na perceção de dificuldades nas necessidades físicas ( $p<0,01$ ), desenvolvimento, comportamento e estimulação ( $p<0,01$ ), na comunicação ( $p<0,01$ ) e na disciplina ( $p<0,01$ ). Mais uma vez os dados confirmam que a criança ter um temperamento fácil é um fator facilitador da parentalidade e as mudanças de temperamento da criança um fator de dificuldade (Kretchmar-Hendricks, 2005). Embora os profissionais não possam modificar o comportamento da criança, o apoio aos pais poderá ser direcionado para a melhor compreensão do comportamento da criança e para a criação de um ambiente adequado. O ambiente criado pelos pais e o apoio emocional influencia a maneira como a criança lida com as suas emoções e a maneira de interagir (American Academy of Pediatrics, 2005; Chess & Thomas, 1986; Fox et al., 2010).

Outra variável que integrou o conjunto de variáveis explicativas em algumas dimensões das duas escalas foi a dos recursos de apoio. Os recursos de apoio formal explicaram alguma variação no aumento da perceção da confiança na segurança, no desenvolvimento, comportamento e estimulação, na comunicação e na disciplina. Os recursos de apoio informal explicaram alguma variação na diminuição da perceção de dificuldades na comunicação e na disciplina. Estes dados confirmam que os recursos de apoio são importantes para o exercício da parentalidade e estão de acordo com os autores

que os consideram determinantes na parentalidade (Belsky, 1984; Meleis et al., 2000). No entanto, como não contribuem para um aumento de percepção de confiança e uma diminuição da percepção das dificuldades em todas as dimensões, evidenciam a necessidade de apropriar o apoio pelos enfermeiros.

Todas as outras variáveis contribuíram para o conjunto, apenas em algumas dimensões. A criança ter peso < 2500 gramas contribuiu apenas para diminuir a confiança em três dimensões (necessidades físicas, segurança e desenvolvimento, comportamento e estimulação) e a criança ter problemas de saúde contribuiu para diminuir a percepção de confiança no desenvolvimento, comportamento e estimulação e aumentar as dificuldades nas necessidades físicas e no desenvolvimento, comportamento e estimulação. O ser mãe ou pai apenas explicou a variância em duas dimensões, em que o ser mãe aumentou a percepção de confiança nas necessidades físicas e na segurança e diminuiu as dificuldades na percepção da segurança em relação ao ser pai. Isto evidencia que nestas áreas o apoio e atenção de enfermagem deverão ser mais direcionados para o pai.

A experiência é um fator de preparação para o exercício da parentalidade e foi indicada no primeiro estudo como uma variável que contribuiu para as facilidades e para as dificuldades, pela sua existência ou ausência, o que poderá justificar o maior número de estudos com pais pela primeira vez. No entanto, neste estudo, o facto de ter só um filho apenas contribuiu para a diminuição da percepção da confiança e aumento das dificuldades nas necessidades físicas.

Os resultados deste estudo permitiram avaliar o exercício da parentalidade e os seus determinantes e concluir que, no melhor interesse da criança, há necessidade de intervenção dos profissionais de saúde em áreas que se enquadram no domínio de responsabilidade de enfermagem.

Após a identificação destas áreas em que os pais percebem menos confiança, mais dificuldades e mais necessidade de conhecimentos é importante que elas sejam validadas pelos enfermeiros como áreas da sua intervenção, pelo que se realizou um terceiro estudo.

### **5.3. ÁREAS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO APOIO AO EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE POSITIVA**

Com o objetivo de validar as áreas de intervenção de enfermagem resultantes da avaliação do exercício da parentalidade positiva dos pais de crianças até três anos de idade, identificar a existência de programas estruturados de apoio aos pais e descrever as intervenções de enfermagem consideradas efetivas pelos enfermeiros no apoio aos pais de crianças até três anos de idade no exercício da parentalidade positiva, realizou-se um estudo descritivo.

A partir da população de enfermeiros que exercia funções nos centros de saúde, nos três hospitais especializados em pediatria e no Hospital de Faro, foi constituída uma amostra com os seguintes critérios de inclusão: exercer funções na área da saúde infantil há, pelo menos, três anos, ter uma especialidade de enfermagem ou responsabilidades de gestão de cuidados de enfermagem e ser indicado para o estudo pelos dirigentes das respetivas instituições.

A amostra não probabilística ficou constituída por 43 enfermeiros, indicados como peritos por 24 Agrupamentos de Centros de Saúde e 4 Hospitais, que responderam a um questionário disponibilizado em linha ou enviado pelo correio, de acordo com as preferências dos participantes. A amostra incluiu enfermeiros das cinco Administrações Regionais de Saúde de Portugal Continental, sendo a maioria do sexo feminino (95,34%), da área de especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (74,41%) e com responsabilidades de gestão (62,79%). A média de idades foi de 43,88 anos (DP=7,38), o tempo médio de profissão de 21 anos (DP=7,63) e o tempo médio na área de exercício em saúde infantil de 15 anos (DP=7,15). As outras áreas de especialidade de enfermagem dos enfermeiros foram a de saúde materna e obstétrica, a de saúde mental e psiquiátrica, a comunitária e a de reabilitação.

Houve a representação de todas as áreas de especialidade com atuação no processo da parentalidade, segundo o registo de enfermeiros especialistas na ordem dos enfermeiros no final de 2010. De acordo com o mesmo registo, a preponderância do sexo feminino também existe nos enfermeiros especialistas registados (Ordem Enfermeiros, 2011a).

O questionário de colheita de dados foi constituído por questões de resposta fechada para validar as áreas de intervenção de enfermagem e a existência de programas

estruturados no apoio da parentalidade positiva e por questões de resposta aberta para descrição das intervenções consideradas efetivas.

#### *Validação das áreas de intervenção de enfermagem*

Para a prossecução do objetivo de validar as áreas de intervenção de enfermagem, consideraram-se todos os itens constituintes das cinco dimensões das escalas do exercício da parentalidade e da necessidade de conhecimentos para esse exercício, que foram sujeitos a validação pelos participantes. Como resultado o nível de concordância nos itens situou-se entre 88,37% e 100% dos peritos, o que ultrapassou os 51% sugeridos por Loughlin e Moore (1979) citados por Keeney et al. (2006). Com este resultado, consideraram-se validadas como áreas de intervenção de enfermagem na promoção da confiança, apoio nas dificuldades e na necessidade de conhecimentos dos pais todos os itens que integraram as escalas no estudo anterior.

#### *Programas de apoio na parentalidade*

Com as respostas a cinco questões dicotómicas (sim e não) identificou-se a existência de programas em todas as dimensões, sendo a mais referenciada as necessidades físicas por 67,44% dos participantes e a menos a disciplina positiva por 23,76% dos participantes. Na análise desta existência pelas instituições que participaram no estudo constatou-se que 78,57% das instituições têm, pelo menos, um programa de apoio aos pais nas necessidades físicas da criança, 64,29% na segurança, 57,14% no desenvolvimento, comportamento e estimulação, 50% na comunicação positiva e 32,14% na disciplina positiva.

De acordo com a literatura, a existência de programas pressupõe um apoio planeado e com características essenciais para o sucesso das intervenções. Nestas características incluem-se o diagnóstico da situação, o desenho apropriado, protocolos apropriados, adequada supervisão e garantia de qualidade (American Academy of Pediatrics, 2009; Olds et al., 2007).

Os dados não permitem analisar as características destes programas, nem foi objetivo deste trabalho. No entanto, o diagnóstico de necessidades do estudo anterior indicia que estes programas são insuficientes. Esta insuficiência é mais notória nos programas dirigidos à disciplina, que foi a dimensão do exercício da parentalidade positiva onde os participantes percecionaram mais necessidades de conhecimentos e a

segunda dimensão em que os participantes perceberam menos confiança e mais dificuldades. Outra insuficiência também notória relaciona-se com os programas para apoio no desenvolvimento e estimulação da criança. Os autores realçam a importância dos primeiros três anos para o desenvolvimento da criança pelo seu potencial para a aprendizagem (American Academy of Pediatrics, 2005; Fox et al., 2010). No entanto, só foram identificados programas nesta dimensão em 57,14% das instituições e, a avaliar pela descrição de 24 participantes, estes programas são direcionados, apenas, para os primeiros meses das crianças.

Esta descrição do tipo de programas existentes ocorreu na sequência dos enfermeiros peritos enumerarem as intervenções que realizaram e avaliaram como efetivas no apoio aos pais em cada dimensão do exercício da parentalidade. Esta informação, relacionada com a forma ou o método de concretizar as intervenções de apoio, integrou uma das três categorias principais resultantes da análise de conteúdo das cinco perguntas de resposta aberta e das observações descritas. Foi nomeada por recursos de apoio aos pais na parentalidade positiva e incluiu três categorias: Projetos e programas, serviços de saúde e materiais e estratégias.

A categoria *projetos e programas*, com informação de 24 participantes, integrou projetos e programas de apoio aos pais durante a gravidez e após o nascimento, sendo estes de acompanhamento e preparação dos pais. São exemplo desses programas e projetos, o curso de massagem do bebé referido por oito participantes, cursos de educação parental no primeiro ano da criança referidos por seis, cursos de preparação para a parentalidade durante a gravidez por cinco e projeto Bem-Me-Quer por dois. A literatura descreve a efetividade deste tipo de programas na capacitação dos pais e nos benefícios para a criança. O uso da massagem ajuda a relaxar a criança, promove um sono saudável e um equilíbrio emocional e comportamental da criança (Barlow et al., 2008; Magill-Evans et al., 2006). Os programas educativos capacitam os pais para o exercício da parentalidade nas várias dimensões (Barlow et al., 2008).

Foram também contemplados os programas nacionais e projetos multissetoriais como a saúde escolar, cantinho dos pais, conversar desde o berço, vamos semear a leitura e intervenção precoce. Todos estes programas evidenciam conjugação de recursos para capacitar os pais e para promover o desenvolvimento da criança, mas, de acordo com Barlow et al. (2008), para estes programas serem efetivos os seus componentes têm de partir de uma avaliação das necessidades individuais com a família para proporcionar respostas apropriadas.

Outra categoria de recursos de apoio foram os serviços de saúde onde foram incluídas as consultas de vigilância, médicas e de enfermagem e as visitas domiciliárias. Estas foram enumeradas por 14 participantes e 7 especificaram que a visita era ao recém-nascido e à puérpera e uma visita em situações de risco. Isto está em conformidade com o preconizado no programa tipo de atuação na saúde infantil em vigor em Portugal (Direção Geral de Saúde, 2005) que considera importante o desenvolvimento dos meios que possibilitem a visita domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro e com particular importância nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como risco. Mas nas recomendações para a prática profissional, a Ordem dos Enfermeiros (2010) indica a visita domiciliária como uma estratégia a utilizar desde o nascimento e ao longo de todo o processo de desenvolvimento da criança. A American Academy of Pediatrics (2009) baseia-se numa meta análise para dizer que a visita domiciliária mostra evidência de benefícios para os pais e para as crianças quando é feita por enfermeiros, mas de forma apropriada. Isto pressupõe uma estruturação e um contacto suficiente com as famílias para as mudanças ocorrerem (Olds et al., 2007). As visitas domiciliárias também foram sentidas como necessárias por 23,47% dos participantes do segundo estudo que não tiveram essa visita.

Outra categoria destes recursos foi a referente a materiais e estratégias onde a mais mencionada foi o material de leitura (9), seguido das sessões educativas (7), terapia interativa (5), grupos de pais (3) e comunicação social (2). A utilidade destes materiais e destas estratégias tem sido alvo de estudos com alguns resultados de efetividade. Alguns destes resultados referem-se aos guias antecipatórios que parecem ser efetivos na redução do stresse dos pais, no aumento de confiança durante os primeiros dois meses de vida, no ensino de habilidades disciplinares, no uso de regras e de formas de interação (Barlow et al., 2008; CDC, 2009). Para os primeiros autores, os guias antecipatórios também indicaram evidência na promoção de melhores padrões de sono, rotinas do banho e do deitar a criança. Os materiais escritos já não são suportados pela evidência para a promoção da amamentação. Já o uso de sessões em grupo, com componente interativa e fazendo uso da experiência das mães que amamentam, são suportadas pela evidência (Barlow et al., 2008). Este uso da experiência das mães foi uma estratégia referida por três participantes do estudo e que deverá ser adotada por mais.

Os mesmos autores referem que, para as questões de temperamento e comportamento, deverá ser acrescida uma sessão de discussão com os pais e com a

criança, o que Mercer e Walker (2006) também consideram ser necessário para as intervenções de enfermagem serem mais efetivas. As sessões educativas individuais e a terapia interativa dos enfermeiros com os pais estão associadas a um acréscimo positivo de competência materna (Mercer & Walker, 2006). Para aumentar a confiança da mãe, nesta interação, deve ser disponibilizado apoio de informação e de avaliação com reforço positivo das suas competências parentais (Mercer, 2006).

Considerando os contributos destes autores e os resultados dos dois primeiros estudos conclui-se da necessidade da conjugação de todos estes materiais e métodos na intervenção de enfermagem e a utilização de estratégias ativas de aprendizagem, e não somente prestar informação como propõe o CDC (2009). O comportamento da criança constituiu dificuldades para 16 participantes no primeiro estudo e explicou diferenças na confiança e nas dificuldades em quatro dimensões do exercício da parentalidade positiva. O padrão de sono, a amamentação e a utilização de disciplina positiva incluíram os itens onde, em média, os pais percecionaram mais dificuldades e menos confiança.

Os resultados sobre os recursos utilizados não mencionam a internet como uma estratégia de apoio na parentalidade. No entanto, este recurso poderá ser uma estratégia efetiva no apoio aos pais, pois, de acordo com o estudo anterior, ele foi utilizado por 40,12% dos pais participantes e considerado como necessário por 11,89% dos restantes. Esta utilização é reforçada pelos censos de 2011 em que 59,5% dos agregados familiares em Portugal possuem computador e 53,7% acedem à internet. Os mesmos censos indicam a existência de uma tendência para a generalização desta utilização, pois cerca de 91% dos jovens com idades compreendidas entre os 10 e os 15 anos acedem à internet.

#### *Intervenções de apoio à parentalidade positiva*

As intervenções de apoio à parentalidade positiva originaram outra categoria principal que incluiu 259 intervenções que os participantes consideraram efetivas no apoio aos pais e que foram agrupadas em sete categorias. Cinco destas categorias integraram as intervenções de apoio em cada dimensão do exercício da parentalidade positiva. Das outras duas, uma integrou intervenções de apoio na adaptação à parentalidade e outra à interação positiva com os pais.

A categoria do apoio nas necessidades físicas da criança foi a que englobou mais unidades de enumeração (66), correspondendo à dimensão onde os participantes do estudo anterior manifestaram menor confiança e maiores dificuldades. Foram descritas

intervenções direcionadas para assistir e informar os pais na amamentação, informar na higiene e conforto, na diversificação alimentar e no sono e repouso. No entanto, houve itens para os quais não foram referidas intervenções (cólicas da criança e padrão de sono) e que, de acordo com os resultados do estudo anterior, são áreas de intervenção prioritárias. Para estas áreas são propostas algumas intervenções, pelos autores consultados, que poderão ser consideradas e validadas na prática clínica. Nestas incluem-se a estrutura proposta para descrever a cólica da criança e auxiliar no diagnóstico de enfermagem (Helsth & Begnum, 2002) e o algoritmo de atuação para o choro intenso e para as cólicas (Joanna Briggs Institute, 2008).

A categoria do apoio na disciplina positiva foi onde foram enumeradas menos intervenções e é a dimensão onde os pais referiram necessitar de mais conhecimentos e, especificamente, de utilizar disciplina positiva em vez de castigos, ameaças e restrições, seguida do estabelecimento de regras para as quais foram referidas intervenções.

As intervenções descritas, essencialmente informativas, visaram o aumento de conhecimentos dos pais e, conseqüentemente, serem adequadas às necessidades, pois, de acordo com os dados do estudo anterior, a necessidade de conhecimentos foi uma variável preditiva da confiança e das dificuldades dos participantes em todas as dimensões.

Estas intervenções poderão ser utilizadas para a elaboração de catálogos de intervenções, para depois serem adaptadas às necessidades e características dos pais e das crianças.

## CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A promoção de competências de parentalidade positiva é recomendada como uma estratégia de prevenção de maus tratos infantis e é fundamental para a saúde e desenvolvimento da criança nos primeiros três anos de vida. Conseqüentemente, focou-se a atenção no exercício da parentalidade positiva e definiram-se como objetivos gerais o caracterizar e avaliar o exercício da parentalidade positiva dos pais de crianças nos primeiros três anos de vida e definir as áreas de intervenção de enfermagem para uma prática mais efetiva no apoio a esse exercício.

De forma a atingir estes objetivos, realizaram-se três estudos apresentados neste trabalho que se dividiu em cinco capítulos.

No primeiro capítulo efetuou-se uma revisão da literatura onde se conceptualizou o exercício da parentalidade positiva, como um processo de transição de desenvolvimento e se identificaram áreas de intervenção de enfermagem e recomendações baseadas na evidência científica para a programação desta intervenção.

No segundo, terceiro e quarto capítulos foram apresentados os três estudos em que cada um respondeu a cada um dos três objetivos gerais mencionados.

Nestes estudos foram utilizadas amostras não probabilísticas, limitando a generalização dos resultados, porque se desconhece o quanto representativas elas são da população. Contudo, o rigor utilizado na formulação dos critérios de inclusão dos participantes nas amostras, na recolha de dados e nos estudos psicométricos dos instrumentos permite fiabilidade dos resultados.

O primeiro estudo exploratório caracterizou o exercício da parentalidade positiva a partir de uma amostra de conveniência constituída por 88 mães e 18 pais com uma média de idades de 32,75 anos, maioritariamente casados, empregados e residentes na vila. Os dados são referentes a 106 crianças com idades compreendidas entre zero meses e três anos e meio, em que a moda e a mediana se situaram nos 15 meses. Os resultados indiciam as seguintes conclusões:

- a. Há elementos comuns às dificuldades e às facilidades no exercício da parentalidade e que se relacionam com as características das crianças, com a experiência dos pais e com fontes de stresse e de apoio.

- b. A maioria dos pais sente dificuldades no exercício da parentalidade. Estas dificuldades relacionam-se com o papel parental, com fatores da criança, com fatores dos pais e com falta de recursos.
- c. As dificuldades no papel parental são, maioritariamente, na resposta às necessidades da criança, nomeadamente na amamentação, alimentação, sono, choro, doença e desenvolvimento da criança e na falta de experiência dos pais.
- d. As crianças com problemas de saúde, irrequietas, com birras, teimosas e com problemas do sono são mais difíceis de cuidar.
- e. Os problemas de saúde da mãe e a acumulação do exercício da parentalidade com a atividade profissional, as dificuldades económicas, a falta de apoio familiar e da entidade patronal constituem dificuldades no exercício da parentalidade.
- f. As dificuldades são maioritariamente sentidas nos primeiros seis meses de vida da criança. Para a resolução das situações de dificuldade, os pais procuram apoio e os profissionais de saúde são o recurso de apoio mais utilizado.
- g. As crianças sem problemas de saúde, calmas, que se alimentam bem, obedientes e sem chorarem são mais fáceis para os pais cuidarem. O ter experiência na satisfação das necessidades físicas da criança, o amamentar e o compreender a criança constituem facilidades para o exercício da parentalidade.
- h. Os pais reconhecem a importância do exercício da parentalidade para o desenvolvimento da criança, mas as ações de educação e estimulação da criança são mencionadas pela minoria. No entanto, sendo respostas abertas, a ausência destas ações não significa baixa importância atribuída pelos pais, mas induz à necessidade de avaliação.

O segundo estudo, num desenho correlacional, avaliou o exercício da parentalidade positiva (autoperceção da confiança e das dificuldades dos pais) e a sua relação com as condições facilitadoras ou inibidoras desse exercício (características dos pais, das crianças e dos recursos de apoio).

A amostra não probabilística foi constituída por 1011 participantes residentes no Distrito de Leiria e pais (664 mães e 347 pais) de crianças até 3 anos e meio de idade. Eram, maioritariamente, da aldeia, casados, com um filho e com média de idades de 33,02 anos. Os dados foram referentes a 704 crianças, maioritariamente do sexo masculino e com idades compreendidas entre 3 meses e 41 meses, em que a média foi de 22,77 meses. Os resultados indiciam as seguintes conclusões:

- i. Os cinco instrumentos construídos e validados apresentaram razoáveis e boas características psicométricas.
- j. Há falta de confiança e presença de dificuldades em todas as dimensões do exercício da parentalidade positiva.
- k. A comunicação positiva é a dimensão onde os pais, em média, percebem mais confiança, menos dificuldades e menos necessidades de conhecimentos para o exercício da parentalidade positiva. A dimensão necessidades físicas da criança é onde os pais, em média, percebem menos confiança e mais dificuldades. A dimensão disciplina positiva é onde os pais, em média, percebem mais necessidade de conhecimentos.
- l. O cuidar da criança com cólicas, perceber os sinais de doença, cuidar da criança doente, avaliar se a amamentação é suficiente para a criança, ajudar a estabelecer o seu padrão de sono, os procedimentos na amamentação, saber quais as ações que estimulam a criança, utilizar disciplina positiva em vez de castigos, ameaças e restrições e estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança são itens onde os pais têm menos confiança, mais dificuldades e onde necessitam de conhecimentos.
- m. As dificuldades no exercício da parentalidade positiva ocorrem ao longo dos primeiros três anos da criança. No primeiro ano as dificuldades são, essencialmente, nas necessidades físicas e segurança da criança. No segundo e terceiro anos ocorrem, maioritariamente, a nível do desenvolvimento, comportamento e estimulação e na disciplina positiva.

Na relação do exercício da parentalidade positiva com as características dos participantes indiciam-se as seguintes conclusões:

- n. A um aumento de auto percepção de necessidade de conhecimentos está associado, em média, a diminuição da auto percepção da confiança e um aumento da auto percepção das dificuldades.
- o. A um aumento da idade dos pais está associado, em média, uma diminuição da auto percepção da confiança no desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança e um aumento da auto percepção das dificuldades na comunicação positiva.
- p. As mães percebem, em média, mais confiança nas necessidades físicas, segurança, desenvolvimento, comportamento e estimulação e comunicação positiva do que os

pais (masculino) e os pais perceberam, em média, mais dificuldades que as mães em todas as dimensões.

- q. Os pais empregados percebem, em média, mais dificuldades nas necessidades físicas e na disciplina positiva do que os participantes desempregados.
- r. Os pais residentes na aldeia percebem menos confiança na segurança que os da cidade e os da vila; mais dificuldades na segurança, comunicação positiva e disciplina positiva que os da cidade e mais dificuldades na disciplina positiva que os da vila.
- s. Os pais com o ensino básico percebem, em média, menos confiança na comunicação positiva e mais dificuldades na segurança, no desenvolvimento, comportamento e estimulação e comunicação positiva que os pais que têm o ensino superior; os que têm o ensino básico incompleto percebem mais dificuldades na segurança e no desenvolvimento, comportamento e estimulação do que os pais que têm o ensino superior e os que têm o ensino secundário percebem mais dificuldades na comunicação positiva do que os do ensino superior.
- t. Os pais só com um filho percebem, em média, menos confiança e mais dificuldades nas dimensões necessidades físicas e segurança do que os pais com mais filhos.

Na relação do exercício da parentalidade positiva com as características da criança e com os recursos de apoio, os resultados indicam as seguintes conclusões:

- u. Os pais de crianças sem problemas de saúde percebem, em média, mais confiança e menos dificuldades nas necessidades físicas, na segurança e no desenvolvimento, comportamento e estimulação do que os pais de crianças com problemas de saúde. Os pais de crianças sem problemas de saúde percebem, em média, menos dificuldades na disciplina positiva da criança.
- v. Os pais de crianças com peso de nascimento superior ou igual a 2500 gramas percebem mais confiança a nível das necessidades físicas, segurança, desenvolvimento, comportamento e estimulação e disciplina positiva e menos dificuldades nas necessidades físicas e segurança da criança do que os pais de crianças com peso de nascimento inferior a 2500 gramas.
- w. As crianças com comportamento mais difícil associam-se, em média, pais que percebem menos confiança nas dimensões desenvolvimento, comportamento e

estimulação e disciplina positiva e pais que percebem mais dificuldades nas necessidades físicas, desenvolvimento, comportamento e estimulação, comunicação e disciplina positiva.

- x. A mais recursos de apoio formal associa-se, em média, mais percepção da confiança dos pais na segurança, desenvolvimento, comportamento e estimulação, comunicação e disciplina da criança e menos percepção de dificuldades na comunicação positiva e disciplina positiva da criança.
- y. A mais recursos de apoio informal associa-se, em média, mais percepção da confiança dos pais no desenvolvimento, comportamento e estimulação e disciplina da criança; mais percepção de dificuldades nas necessidades físicas e menos percepção de dificuldades na disciplina positiva da criança.
- z. São variáveis explicativas da autopercepção da confiança nas necessidades físicas da criança a necessidade de conhecimentos das necessidades físicas da criança e disciplina positiva, o ter um ou mais filhos, o peso da criança ser inferior ou ser superior ou igual a 2500 gramas e o ser mãe ou pai.
- aa. São variáveis explicativas da autopercepção da confiança na segurança da criança, a necessidade de conhecimentos em segurança da criança e em comunicação, o peso da criança ser inferior ou ser superior ou igual a 2500 gramas, o residir na cidade ou na aldeia e os recursos de apoio formal.
- bb. São variáveis explicativas da autopercepção da confiança no desenvolvimento, comportamento e estimulação a necessidade de conhecimentos em desenvolvimento, comportamento e estimulação e em comunicação, o peso da criança ser inferior ou ser superior ou igual a 2500 gramas, a criança ter problemas de saúde, o ser mãe ou pai, a idade dos pais, os recursos de apoio formal e o comportamento da criança.
- cc. São variáveis explicativas da autopercepção da confiança na comunicação positiva a necessidade de conhecimentos em comunicação positiva, o comportamento da criança e os recursos de apoio formal.
- dd. São variáveis explicativas da autopercepção da confiança na disciplina positiva a necessidade de conhecimentos em disciplina positiva e em comunicação positiva, o comportamento da criança e os recursos de apoio formal.
- ee. São variáveis explicativas da autopercepção das dificuldades nas necessidades físicas da criança a necessidade de conhecimentos em necessidades físicas da

criança, o ter um ou mais filhos, a criança ter problemas de saúde e o comportamento da criança.

- ff. São variáveis explicativas da autoperceção das dificuldades na segurança a necessidade de conhecimentos em segurança e em necessidades físicas da criança, o residir na cidade ou na aldeia e o ser mãe ou pai.
- gg. São variáveis explicativas da autoperceção das dificuldades no desenvolvimento, comportamento e estimulação a necessidade de conhecimentos em desenvolvimento, comportamento e estimulação e em necessidades físicas da criança, o nível de ensino, a criança ter problemas de saúde e o comportamento da criança.
- hh. São variáveis explicativas da autoperceção das dificuldades na comunicação positiva a necessidade de conhecimentos em comunicação positiva e disciplina positiva, a empregabilidade, ter o ensino básico ou o ensino superior, recursos de apoio informal e o comportamento da criança.
- ii. São variáveis explicativas da autoperceção das dificuldades na disciplina positiva a necessidade de conhecimentos em disciplina, a empregabilidade, a residência, os recursos de apoio informal e o comportamento da criança.

O terceiro estudo validou as áreas de intervenção de enfermagem no apoio ao exercício da parentalidade positiva e descreveu intervenções de enfermagem para esse apoio. Teve um desenho descritivo e uma amostra não probabilística constituída por 43 enfermeiros a exercerem funções em Agrupamentos de Centros de Saúde e hospitais das cinco Administrações Regionais de Saúde existentes em Portugal Continental. A média de idades foi de 43,88 anos, o tempo médio da profissão de 21 anos e o tempo de exercício na área da saúde infantil de 15 anos. Eram, maioritariamente, do sexo feminino, com responsabilidades de gestão e com especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Os resultados indiciam as seguintes conclusões:

- jj. Todos os itens das cinco dimensões do exercício da parentalidade positiva são áreas de intervenção de enfermagem no apoio aos pais para esse exercício, com uma concordância da maioria dos enfermeiros peritos.
- kk. Existem programas estruturados de apoio aos pais em todas as dimensões do exercício da parentalidade positiva. A maioria destes programas são dirigidos às

necessidades físicas e segurança da criança e a minoria às outras dimensões, sendo o menor número para a disciplina positiva.

- ll. São desenvolvidas intervenções consideradas efetivas no apoio ao exercício da parentalidade positiva para todas as dimensões deste exercício e para a adaptação à parentalidade e interação positiva com os pais.
- mm. As intervenções para a dimensão necessidades físicas da criança são de avaliar as competências e conhecimentos dos pais sobre estas necessidades e assistir e informar na amamentação, higiene e conforto, diversificação alimentar e sono e repouso da criança.
- nn. As intervenções para a dimensão segurança são de avaliar as competências parentais para a segurança, ensinar na adoção de medidas de segurança, informar sobre estilos de vida saudáveis, estimular a vigilância da saúde da criança e ensinar e orientar na doença da criança.
- oo. As intervenções para o desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança são de promover a estimulação da criança, informar sobre o desenvolvimento da criança e orientar nas perturbações do comportamento e desenvolvimento.
- pp. As intervenções para a comunicação positiva são de estimular a interação entre os pais e a criança, ensinar a interpretar e a responder ao choro, avaliar a comunicação entre pais e criança e gerir as situações que dificultam a comunicação.
- qq. As intervenções para a disciplina positiva são de orientar no estabelecimento de regras, estimular comportamentos favorecedores da disciplina e informar sobre a importância da disciplina.
- rr. As intervenções para a adaptação à parentalidade são de instruir para as dificuldades, orientar na adaptação à parentalidade e induzir recursos sociais.
- ss. As intervenções para a interação positiva com os pais são de encorajar os pais a serem participantes ativos, reforçar as suas potencialidades e estabelecer relação de confiança com os pais.
- tt. As intervenções são concretizadas através três categorias de recursos de apoio: serviços de saúde, projetos e programas e materiais e estratégias.
- uu. Os recursos da categoria serviços de saúde são as consultas de vigilância, visitas domiciliárias, cantinhos no centro de saúde, atendimento nas necessidades dos pais e vacinação.

vv. Os projetos e programas de apoio aos pais são, maioritariamente, de acompanhamento e educativos, durante a gravidez e primeiro ano da criança.

ww. Os materiais e métodos utilizados são material de leitura, sessões educativas, terapia interativa, grupos de pais e meios de comunicação social.

Apesar da limitação na generalização dos resultados, acredita-se que estes contribuam significativamente para o enriquecimento da disciplina, para uma prática com mais qualidade, para um ensino mais direcionado para as necessidades da população e para uma investigação mais produtiva.

A conceptualização do exercício da parentalidade positiva tendo por base uma teoria de médio alcance, a sistematização dos itens que caracterizam a parentalidade positiva, a identificação das áreas de necessidade de apoio, a identificação de variáveis explicativas do exercício da parentalidade positiva e a identificação de intervenções consideradas efetivas pelos peritos contribuem simultaneamente para um enriquecimento da disciplina de enfermagem, para a prática, para o ensino e são pontos de partida para novas investigações.

Os resultados do estudo permitem algumas sugestões direcionadas para o ensino, gestão de serviços e investigações futuras.

Para o ensino sugere-se que os resultados do estudo sejam considerados na definição do perfil de competências na licenciatura de enfermagem para permitir que estas se adequem às necessidades da comunidade.

Para a gestão de serviços, as sugestões direcionam-se para a coordenação e integração de recursos para uma prática mais efetiva no apoio da parentalidade positiva. Assim, sugere-se a utilização dos resultados do estudo para as seguintes atividades e recursos:

- Elaboração de catálogos para cada dimensão do exercício da parentalidade positiva e de um sistema de informação para a prática profissional, com as intervenções consideradas efetivas pelos peritos.
- Organização de programas e processos de apoio ao exercício da parentalidade positiva centrados nas necessidades dos pais e nas suas potencialidades.
- Organização de protocolos e guias antecipatórios em áreas identificadas como prioritárias, pela necessidade de apoio.
- Direcionamento da formação em serviço dos profissionais para as áreas de intervenção.

- Coordenação de recursos de apoio aos pais.
- Utilização da internet como um recurso importante para a capacitação dos pais.
- Elaboração de boletins informativos centrados nas fases do desenvolvimento da criança e nas dificuldades dos pais em cada fase. Utilizar estes boletins como guias antecipatórios a distribuir, mensalmente, nas consultas ou a enviar por endereço eletrónico.

Para a investigação e continuidade do estudo, sugere-se a criação de um programa modelo com as intervenções resultantes da literatura e dos peritos, a sua validação, implementação e avaliação do seu impacto na confiança e dificuldades dos pais e no desenvolvimento da criança.

Para avaliação deste efeito, sugere-se a utilização das escalas do exercício da parentalidade positiva que foram construídas e validadas neste estudo. São instrumentos de medida com utilidade para diagnosticar as necessidades de intervenção, para medir o efeito dessa intervenção e para utilizar noutros estudos de investigação nesta área sensível aos cuidados de enfermagem.

Sugerem-se, ainda, alguns estudos sobre os recursos de apoio na parentalidade positiva, tais como:

- Utilizar a escala de recursos de com cinco postos de resposta, para permitir um conhecimento mais objetivo dos recursos de apoio e melhorar as suas características psicométricas.

- Compreender porque é que alguns pais não têm apoio dos profissionais de saúde e porque é que outros não necessitam desse apoio.

Termina-se com a convicção de que a utilização dos resultados deste estudo, pelos enfermeiros investigadores, docentes, gestores e prestadores de cuidados, contribuirá para a melhoria da prática clínica centrada no apoio aos pais e direcionada para a promoção da saúde da criança.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmann, E. (2002). Promoting Positive Parenting: An Annotated Bibliography. *Pediatric Nursing*, 28(4), July-August 2002, 382.
- Alferes, V. R. (2003). SPSS: *Programas e rotinas complementares (Syntax Files)*. *Psicometria: Análise da Consistência Interna de Escalas Somativas Dicotómicas*. Acedido em 6 de dezembro de 2010 em [valferes@fpce.uc.pt](mailto:valferes@fpce.uc.pt)
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4.<sup>a</sup> edição). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Alvarenga, F. (2006). *Relatório Anual da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em 2006*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, IP, 2007. Acedido em 24 Fevereiro 2008 em [www.cnpcjr.pt/downloads](http://www.cnpcjr.pt/downloads)
- Amado, J. S. (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Referência*, 5, Novembro 2000, 53-63.
- American Academy of Pediatrics (2005). *Your Baby's First year*. (2.<sup>nd</sup> ed.). New York: American Academy of Pediatrics.
- American Academy of Pediatrics (2009). The role of preschool home-visiting programs in improving children's developmental and health outcomes. *Pediatrics*, 123(2), 598-603. doi: 10.1542/peds.2008-3607.
- António, N.S., & Teixeira, A. (2007). *Gestão da Qualidade – De Deming ao Modelo de Excelência da EFQM*. Lisboa: Sílabo.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Bandura, A. (1989). Social Cognitive Theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*. Vol. 6. *Six theories of child development* (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press. Acedido em 19 de setembro de 2011 em <http://des.emory.edu/mfp/Bandura1989ACD.pdf>
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: an Agentic Perspective, *Annual Review of Psychology*. *Annual Review* 52(1): 1–26. Acedido em 19 de setembro de 2011 em <http://www.des.emory.edu/mfp/Bandura2001ARPr.pdf>
- Bandura, A. (2006). Guide for Constructing Self-Efficacy Scales. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.). *Self-efficacy beliefs of adolescents*, (Vol. 5., pp. 307-337). Greenwich, CT: Information Age Publishing. Acedido em 19 de setembro de 2011 em <http://des.emory.edu/mfp/014-BanduraGuide2006.pdf>
- Bardin, L.(2004). *Análise de conteúdo*. 3.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L.(2009). *Análise de conteúdo*. Edição revista e actualizada. Lisboa: Edições 70.
- Barlow, J., McMillan, A.S., Kirkpatrick, S., Ghate, D., Smith, M., & Barnes, J.(2008). *Health-led Parenting Interventions in Pregnancy and Early Years* (Research Report DCSF-RW070). Department for children, schools and families. Acedido em 11 de setembro de 2009, em <http://www.library.nhs.uk/publichealth/ViewResource.aspx?resID=298128>.

- Barlow, J., Parsons, J., & Stewart-Brown, S. (2005). Preventing emotional and behavioural problems: the effectiveness of parenting programmes with children less than 3 years of age. *Child: care, health and development*, 31(1), 33-42. doi: 10.1111/j.1365-2214.2005.00447.x.
- Barros de Oliveira, J. H. (2010). *Psicologia Positiva: uma nova psicologia*. Porto: LivPsic.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Benzies, K., Magill-Evans, J., Harrison, M. J., MacPhail, S., & Kimak, C. (2008). Strengthening new fathers' skills in interaction with their 5-month-old infants: who benefits from a brief intervention? *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 25(5), 431-9. doi: 10.1111/j.1525-1446.2008.00727.x.
- Betz, C. (2005). Developmental Transition Care: Children, Youth, and Families Receive Care That Supports Development. In M Craft-Rosenberg & M. J. Krajicek (Eds.), *Nursing Excellence for Children and Families* (pp. 265-284). New York: Springer Publishing Company.
- Bloomfield, L., & Kendall, S. (2007). Testing a parenting programme evaluation tool as a pre- and post-course measure of parenting self-efficacy. *Journal of advanced nursing*, 60(5), 487-93. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04420.x.
- Bloomfield, L., Kendall, S., Applin, L., Attarzadeh, V., Dearnley, K., Edwards, L., Hinshelwood, L., Lloyd, P. & Newcombe, T. (2005). A qualitative study exploring the experiences and views of mothers, health visitors and family support centre workers on the challenges and difficulties of parenting. *Health & Social Care In The Community*, 13(1), 46-55.
- Brazelton, T. B. & Sparrow, J. (2008). *A criança e a disciplina*. (M. F. Morgado, Tra.)(10.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B. & Sparrow, J. (2009). *A criança e o choro*. (M. F. Morgado, Tra.)(4.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B. (2009). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (M.M. Peixoto, Trad.) (11.<sup>o</sup> ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Hatem, M., & Johnston, C. (2008). Predictors of early parenting self-efficacy: results of a prospective cohort study. *Nursing Research*, 57(4), 252-259.
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Hatem, M., & Johnston, C. (2009). Does perception of the childbirth experience predict women's early parenting behaviors? *Research In Nursing & Health*, 32(2), 191-203.
- Budd, K. S., Holdsworth, M. J., & HoganBrien, K. D. (2006). Antecedents and concomitants of parenting stress in adolescent mothers in foster care. *Child Abuse & Neglect*, 30(5), 557-574.
- Burns, N., & Grove, S. K.(2004). *Investigación en enfermería*, 3.<sup>a</sup> ed. (tradução espanhola do original em inglês Understanding Nursing Research). Madrid: Elsevier.
- Canaval, G., Jaramillo, C., Rosero, D., & Valência, M. (2009). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Aquichan*, Norteamérica, 7, jun. 2009. Acedido em 22 de setembro de 2009, em <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/94/193>>.

- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 679-704.
- Centers For Disease Control and Prevention (CDC) (2008a). Understanding Child Maltreatment. *Journal*,. Retrieved from [www.cdc.gov/injury](http://www.cdc.gov/injury)
- Centers For Disease Control and Prevention (CDC) (2008b). *Babies & Toddlers: Learn Some Positive Parenting Tips*. CDC Features. Acedido em 21 de setembro de 2008, em <http://www.cdc.gov/Features/Parenting/InfantsToddlers.html>.
- Centers For Disease Control and Prevention (CDC) (2009). *Parent Training Programs: Insight for Practitioners*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control.
- Chess, S. & Thomas, A. (1986). *Temperament in clinical Practice*. New York: Guilford Press.
- Child Welfare Information Gateway (2010). *Determining the Best Interests of the Child: Summary of State Laws*. Acedido em 24 de setembro de 2010 em [http://www.childwelfare.gov/systemwide/laws\\_policies/statutes/best\\_interest.pdf](http://www.childwelfare.gov/systemwide/laws_policies/statutes/best_interest.pdf)
- Christie, J., & Bunting, B. (2010). The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: Cluster randomised trial. *International journal of nursing studies*. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.10.011.
- Cohen-Silver, J., & Ratnapalan, S. (2009). Management of infantile colic: a review. *Clinical pediatrics*, 48(1), 14-7. doi: 10.1177/0009922808323116.
- Council of Europe (2006). *Recommendation Rec(2006)19 of the Committee of Ministers to member states on chil day-care, adopted by the Committee of Ministers on 13 December 2006*. Acedido em 2 de junho de 2009 em <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1073507&BackColorLogged=FFAC75>.
- Council of Europe (2008). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.
- Crncec, R., Barnett, B., & Matthey, S. (2008). Development of an instrument to assess perceived self-efficacy in the parents of infants. *Research in Nursing & Health*, 31(5), 442-453.
- Crncec, R., Barnett, B., & Matthey, S. (2010). Review of Scales of Parenting. *Nursing*, 18(3). doi: 10.1891/1061-3749.18.3.210.
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J.(2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth July 2008*, 626-633. Acedido em 12 de agosto de 2010 em <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/30>.
- Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro. Regime Legal da Carreira de Enfermagem. Diário da República 1.ª Série. N.º 184 (09-09-22), 6758-6761.
- Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro. Regime Especial da Carreira de Enfermagem. Diário da República, 1.ª Série. N.º 184 (09-09-22), 6761-6765.
- Decreto-Lei n.º 326/2007 de 28 de setembro (2007). Cria dois Centros Hospitalares. Diário da República 1.ª Série. N.º 188 (07-02-28), 6996-6998.
- Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro (2007). Cria Centros Hospitalares. Diário da República 1.ª Série. N.º 42 (07-02-28), 1414-(26) – 1414-(29).
- Decreto-Lei n.º 67/2011 de 2 de junho (2011). Refere as Unidades Locais de saúde existentes, cria

- a Unidade Local de Saúde do Nordeste e extingue a ACES do Nordeste. Diário da República 1.ª Série. N.º 107 (11-06-02), 3032-3041.
- Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República I Série. N.º205 (96-09-04), 2959-2960.
- Decreto-Lei n.º28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 1.ª Série. N.º 38 (08-02- 22), 1182-1189.
- Decreto-Lei n.º234/2008 de 2 de dezembro (2008). Republicação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde. Diário da República, 1.ª Série. N.º 233 (08-12-02), 8600-8608.
- Deković, M., Asscher, J. J., & Hermanns, J. (2010). Tracing Changes in Families Who Participated in the Home- Start Parenting Program : Parental Sense of Competence as Mechanism of Change. *Prevention Science*, 263-274. doi: 10.1007/s11121-009-0166-5.
- Direcção-Geral da Saúde (2005a). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Atuação* (2ª Edição). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Lisboa. Acedido em junho de 2008, em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).
- Direcção-Geral da Saúde (2005b). *Programa Nacional de Vacinação2006: Orientações técnicas*. Circular Normativa: n.º08/DT, 21-12-2005. Acedido em 22 de junho de 2008, em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).
- Direcção-Geral da Saúde (2008). Maus tratos em crianças e jovens: intervenção da saúde. Documento técnico. Grupo de Trabalho sobre Crianças e Jovens em Risco. Lisboa. Acedido em 12 de dezembro 2008, em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).
- Donald, T. & Jureidini, J. (2004). Parenting Capacity. *Child Abuse Review*, 13, 5-17.
- Duggan, A. K., McFarlane, E. C., Windham, A. M., Rohde, C. a, Salkever, D. S., Fuddy, L., et al. (1999). Evaluation of Hawaii' s Healthy Start Program. *The Future of Children*, 9(1), 66. doi: 10.2307/1602722.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.
- Emmanuel, E., Creedy, D. K., St John, W., Gamble, J., & Brown, C. (2008). Maternal role development following childbirth among Australian women. *Journal of advanced nursing*, 64(1), 18-26. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04757.x.
- Eronen R., Pincombe, J., & Calabretto, H. (2007). Support for stressed parents of young infants. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing* 10 (2) July, 20-27.
- Fielden, J. M., & Gallagher, L. M. (2008). Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 406-417.
- Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Fortin, MF. (2009). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (5.ª edição). Loures: Lusociência.
- Fox, S. E., Levitt, P., & Nelson, C. a. (2010). How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child development*, 81(1), 28-40. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01380.x.

- Fujiwara, T., Kato, N., & Sanders, M. R. (2011). Effectiveness of Group Positive Parenting Program ( Triple P ) in Changing Child Behavior , Parenting Style , and Parental Adjustment : An Intervention Study in Japan. *Parenting*. doi: 10.1007/s10826-011-9448-1.
- Gage, J. D., Everett, K. D., & Bullock, L. (2006). Integrative review of parenting in nursing research. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), First Quarter, 56-62.
- Gagnon, A. J., & Bryanton, J. (2009). Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. N.º: CD004068. Doi: 10.1002/14651858.CD004068.pub2.
- Glade, A. C., Bean, R. A., & Vira, R. (2005). A Prime Time for Marital/Relational Intervention: A Review of the Transition to Parenthood Literature with Treatment Recommendations. *The American Journal of Family Therapy*, 33(4), 319-336. doi:10.1080/01926180590962138
- Graneheim U.H., & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.
- Gray, J., Spurway, P., & McClatchey, M. (2001). Lay therapy intervention with families at risk for parenting difficulties: The Kempe Community Caring Program. *Child Abuse & Neglect*, 25(5), 641-655.
- Gross, R. S., Fierman, A. H., Mendelsohn, A. L., Chiasson, M. A., Rosenberg, T. J., Scheinmann, R., et al. (2010). Maternal Perceptions of Infant Hunger, Satiety, and Pressuring Feeding Styles in an Urban Latina WIC Population. *Academic Pediatrics*, 10(1), 29-35. Elsevier Ltd. doi: 10.1016/j.acap.2009.08.001.
- Hagan J.F., Shaw J.S., Duncan P., eds. 2008. Bright Futures: *Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents* (3th ed.). Pocket Guide. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. Acedido em 4-01-2009, em [http://brightfutures.aap.org/pdfs/BF3%20pocket%20guide\\_final.pdf](http://brightfutures.aap.org/pdfs/BF3%20pocket%20guide_final.pdf).
- Häggman-Laitila, A., & Euramaa, K. I. (2003). Finnish families' need for special support as evaluated by public health nurses working in maternity and child welfare clinics. *Public Health Nursing* (Boston, Mass.), 20 (4), 328-338.
- Hall, W., & Irvine, V. (2009). E-communication among mothers of infants and toddlers in a community-based cohort: a content analysis. *Journal of advanced nursing*, 65(1), 175-83. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04856.x.
- Halle, C., Dowd, T., Fowler, C., Rissel, K., Hennessy, K., MacNevin, R., et al. (2008). Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemporary Nurse*, 31(1), 57-70.
- Hasson F., Keeney S., & Mckenna H. (2000). Research guidelines for the Delphi technique. *Journal of Advanced Nursing* 32 (4), 1008-1015.
- Hattar-Pollara, M. (2010). Developmental Transitions. In A. I. Meleis (Ed), *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 87-152). New York: Springer Publishing Company.
- Hayama, J., & Adachi, Y. (2007). Parenting and sleep of mothers in relation to their infants sleep. *Sleep and Biological Rhythms*, 5(2), 153-155. doi: 10.1111/j.1479-8425.2007.00267.x.
- Health Canada (2010). *Growing Healthy Canadians: A Guide for Positive Child Development*. Acedido em 18 setembro 2010, em

<http://www.growinghealthykids.com/english/home/dacont.html>.

Healty Steps (2011). *A Step in the Right Direction*. Acedido em 18 de março de 2011, em [www.healthysteps.org](http://www.healthysteps.org).

Heaman, M., Chalmers, K., & Woodgate, R. (2006). Early childhood home visiting programme: factors contributing to success. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 291-300

Helseth, S. (2002). Help in times of crying: nurses' approach to parents with colicky infants. *Journal of advanced nursing*, 40(3), 267-74. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12383178>.

Helseth, S., & Begnum, S. (2002). A comprehensive definition of infant colic: parents' and nurses' perspectives. *Journal of clinical nursing*, 11(5), 672-80. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12201895>.

Hendrickson, S. G. (2008). Maternal worries, home safety behaviors, and perceived difficulties. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 40(2), 137-143.

Hill A. & Hill R. (2007). Evaluating Development Programs for Parents of 0-4 Years Olds: Impacting Parental Stress and Confidence. *E-Journal of Applied Psychology*, 3 (1): 94:104.

Hill, M. M., & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário*. 2.<sup>a</sup> Edição, Lisboa: Edições Sílabo.

Hoghughi, M. (2004). Parenting—An Introduction. In *Handbook of Parenting*. SAGE Publications. Acedido em 28 de abril 2010, em <[http://www.sage-reference.com/hdbk\\_parenting/Article\\_n1.html](http://www.sage-reference.com/hdbk_parenting/Article_n1.html)>.

Holditch-Davis, D. & Miles, M. S. (2005). Parenting. In J.J. Fitzpatrick & M. Wallace (Ed.) *Encyclopedia of Nursing Research* (pp. 441-443). Editora: Springer Publishing Company.

Howard, K. S., & Brooks-Gunn, J. (2009). The Role of Home-Visiting Programs 61in Preventing Child Abuse and Neglect. *Future of Children*, 19(2), 119-14626.

Hudson, D. B., Campbell-Grossman, C., Keating-Lefler, R., & Cline, P. (2008). New Mothers Network: The Development of an Internet-Based Social Support Intervention for African American Mothers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 31(1), 23-35.

Hudson, D. B., Elek, S. M., & Fleck, M. O. (2001). First-time mothers and fathers' transition to parenthood: infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 24(1), 31 - 43.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Anuário estatístico de Portugal 2010*. Acedido em 30 de janeiro de 2012, em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_bo ui=107965716&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=107965716&DESTAQUESmodo=2)

Instituto Nacional de Estatística (2010). *Informação Estatística*. Portal de Estatísticas Oficiais. Acedido em 3 de maio de 2010, em <http://www.ine.pt/xportal/>

International Council of Nurses (ICN) (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*: versão 1.0. Geneva: ICN.

Jacobson, A.L., & Engelbrecht (2000). Parenting Education Needs and Preferences of Parents of Young Children. *Early Childhood Education Journal*, 28 (2), 139-147.

Janson, S. (2008). A non-violent upbringing for children. In “*Parenting in contemporary Europe*:

*a positive approach* (pp.37-57). Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.

- Jasper, M., & Jumaa, M. (2005). *Effective healthcare leadership*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341-363.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M.H. (2008). *Promoting Positive Parenting – An Attachment-based intervention*. New York and London: Psychology Press, Taylor & Francis Group.
- Kaiser, M.M. Kaiser, K.L., & Barry, T. (2009). Health Effects of Life Transitions for Women and Children: A Research Model for Public and Community Health Nursing. *Public Health Nursing*, 26 (4), 370 –379.
- Keeney S, Hasson F., & Mckenna H. (2006). Consulting The oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (2), 205-212.
- Kretchmar-Hendricks, M. (2005). Parenting. In *Encyclopedia of Human Development*. SAGE Publications. Acedido em 28 de abril de 2010, em <[http://www.sage-reference.com/humandevlopment/Article\\_n471.html](http://www.sage-reference.com/humandevlopment/Article_n471.html)>.
- Lazarus R.S., & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República, 1.ª Série. N.º 180 (09-09-16), 6528-6550.
- Lei n.º 46 de 14 de Outubro (1986). Aprova a Lei de Bases do Sistema Educativo Nacional. Diário da República I Série. N.º 237 (86-10-14), 3067-3081.
- Lemery, K. S. (2005). Temperament. In *Encyclopedia of Human Development*. SAGE Publications. Acedido em 28 de abril de 2010, em [http://www.sage-reference.com/humandevlopment/Article\\_n606.html](http://www.sage-reference.com/humandevlopment/Article_n606.html) .
- Levy, L. & Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno* (Edição revista). Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- Long, A. McCarney S., Smyth G., Magorrian N., & Dillon A. (2001). The effectiveness of parenting programmes facilitated by health visitors. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 611-620.
- Long, T. (2004). *Excessive Crying in Infancy*. London and Philadelphia: Whurr Publishers Ltd.
- Lopes, M.S.O.C., Catarino, H., & Dixe, M.A., (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Referência III Série*, (1), julho 2010, 109-118.
- Lopes, M.S.O.C, Dixe, M.A., & Catarino, H. (2009). Parentalidade Positiva: onde focar a atenção? *Referência* (Suplemento -Actas e comunicações), II Série, (10), julho 2009, p.142.
- Lopes, M.S.O.C.; Dixe, M. A., & Catarino, H. (2010). Determinants of parenting difficulties and facilities in the first three years of childhood, *resumo em livro de actas na 14th International Nursing Research Conference*, que decorreu de 9 a 12 de novembro de 2010 em Burgos.
- Lopes, M.S.O.C.; Dixe, M. A., & Catarino, H. (2010). Estratégias de coping no exercício da

- parentalidade e a sua relação com os factores sociodemográficos, “*International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicologia*”, 1 (1), 2010, 661-670.
- Lopes, M. S. O. C.; Lopes, F.O.C.F.; Catarino, H.; & Dixe, M. A. (2010). Parentalidade nos primeiros três anos da criança: stress e coping auto relatados pelos pais “*International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicologia*”, 1 (1), 2010, 335-344.
- Macmillan, H., Wathen, C., Barlow, J., Fergusson, D., Leventhal, J., & Taussig, H. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet*, 373(9659), 250-266. Elsevier Ltd. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61708-0.
- Magill-Evans J., Harrison M.J., Rempel G., & Slater L. (2006). Interventions with fathers of young children: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 248-264.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5.<sup>a</sup> ed.) Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Meleis A.I., Sawyer L.M., Im E.O., Messias D.K.H., & Schumacher K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory Transitions. *Advances in Nursing Science*, 23, 12-28.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (4.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, I. M. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Editora Mar da Palavra.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 36(3), 226-32. Acedido em 15 de janeiro de 2010, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495491>.
- Mercer, R. T. (2006). Of Becoming a Mother The Environment of Mothering. *Ecology*, 649-652. doi: 10.1111/J.1552-6909.2006.00086.x.
- Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. doi: 10.1111/J.1552-6909.2006.00080.x.
- Ministério da Saúde (2007). Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Acedido em 11 de agosto de 2010, em <http://www.dgs.pt>.
- Ministério da Saúde (2010). A saúde em Portugal – *História do Serviço Nacional de Saúde*. Acedido em 28 setembro 2011 em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2010). *Carta Social – Rede de Equipamentos Sociais de 2009*. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Acedido em 16 de Maio de 2010 em [www.cartasocial.pt](http://www.cartasocial.pt)
- Montigny, F. D., Lacharité, C., & Amyot, É. (2006). The transition to fatherhood: the role of formal and informal support structures during the post-partum period. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(4), 601-609. doi: 10.1590/S0104-07072006000400008.
- Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived parental efficacy: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 49 (4), 387-96. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03302.x.

- Morawska, A., Winter, L., & Sanders, M. R. (2009). Parenting knowledge and its role in the prediction of dysfunctional parenting and disruptive child behaviour. *Child: care, health and development*, 35(2), 217-26. doi: 10.1111/j.1365-2214.2008.00929.x.
- Murphy, K. M., & Bornstein M. H. (2004). Positive Development. In *Encyclopedia of Applied Developmental Science*. SAGE Publications. Acedido em 28 de abril de 2010, em <[http://www.sageereference.com/applieddevscience/Article\\_n330.html](http://www.sageereference.com/applieddevscience/Article_n330.html)>.
- National Council of State Boards of Nursing (2005). Regulation Terminology: Nursing Management. Acedido em 22 de setembro de 2007, em [http://www.icn.ch/images/stories/documents/networks/Regulation/Regulation\\_Terminology.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/networks/Regulation/Regulation_Terminology.pdf).
- National Institute of Child Health and Human Development (2006). *Qué significa ser padres? Guía para ayudarlos a tener éxito como padres y madres de familia*. Acedido em 26 de outubro de 2008, em [http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs\\_details.cfm?from=&pubs\\_id=5050](http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs_details.cfm?from=&pubs_id=5050)
- National Scientific Council on the Developing Child (2004). *Young children develop in an environment of relationships* (Working Paper nº1). Acedido em 20 de outubro de 2009 em <http://www.developingchild.net>.
- Nemours Foundation (2004). KidsHealth: Nine Steps to More Effective Parenting. Acedido em 21 de setembro de 2008, em [http://kidshealth.org/parent/positive/family/nine\\_steps.html](http://kidshealth.org/parent/positive/family/nine_steps.html).
- Nystrom, K., & Ohrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (3), 319-330.
- Olds, D. L., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers : recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4, 355-391. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01702.x.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Modelo de desenvolvimento Profissional. *Caderno temático 2 Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) - Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem - Perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista*. Conselho de Enfermagem. Acedido em 28 setembro 2011, <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE. Série I, 3, (1).
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Dados Estatísticos 2000-2010*. Acedido em 28 setembro 2011 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OE%20Dados%20Estatísticos%20-%202000-2010.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *III Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Realizado a 14 e 15 de Outubro no Porto. Acedido em 13-09-2011 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/OE\\_BenchMarketing\\_Programa\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/OE_BenchMarketing_Programa_VF.pdf)
- Pecnik, N. (2008). Towards a vision of parenting in the best interests of the child in "Parenting in contemporary Europe: a positive approach (pp.15-36). Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.

- Perry, R., Hunt, K., & Ernst, E. (2011). Nutritional Supplements and Other Complementary Medicines for Infantile Colic: A Systematic Review. *Pediatrics*, 127 (4), 720-733. doi:10.1542/peds.2010-2098.
- Pestana H.M., & Gageiro J.N. (2005a). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS* (4.ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana H.M. & Gageiro J.N. (2005b). *Descobrimos a Regressão – Com a Complementaridade do SPSS* (1.ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Peterson, C. (2009). Positive Psychology. *Summer*, 18 (2), 1-7.
- Portaria n. 272/2009 de 18 de março (2009). Cria vários agrupamentos de centros de saúde (ACES), integrados na Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. Diário da República, I Série. N.º54 (09-03-18), 1710 – 1711.
- Portaria n. 273/2009 de 18 de março (2009). Cria vários agrupamentos de centros de saúde (ACES), integrados na Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Diário da República, I Série. N.º54 (09-03-18), 1712-1720.
- Portaria n. 274/2009 de 18 de março (2009). Cria vários agrupamentos de centros de saúde (ACES), integrados na Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. Diário da República, I Série. N.º54 (09-03-18), 1720-1726.
- Portaria n. 275/2009 de 18 de março (2009). Cria vários agrupamentos de centros de saúde (ACES), integrados na Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. Diário da República, I Série. N.º54 (09-03-18), 1727-1728.
- Portaria n. 276/2009 de 18 de março (2009). Cria vários agrupamentos de centros de saúde (ACES), integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. Diário da República, I Série. N.º54 (09-03-18), 1728-1737.
- Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J., & Lutzker, J. R. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple p system population trial. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 10(1), 1-12. doi: 10.1007/s11121-009-0123-3.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Sadler, L. S., & Cowlin, A. (2003). Moving into Parenthood: A Program for New Adolescent Mothers Combining Parent Education With Creative Physical Activity. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 8(2), 62.
- Salonen, A. H., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P., Järvenpää, A.-L., Isoaho, H., & Tarkka, M.-T. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of advanced nursing*, 65(11), 2324-36. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05113.x.
- Sandbaek, M. (2008). Services to support positive parenting. In *Parenting in contemporary Europe: a positive approach* (pp.59-86). Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.
- Sanders, M. (s.d.). *TripleP-Positive Parenting Program: Tantrums*. Acedido em 4 de fevereiro de 2011, em <http://www.triplep.net/cicms/assets/pdfs/pg1as100gr5sol29.pdf>
- Sanders, M., & Ralph, A. (2004). Towards a Multi-level Model of Parenting Intervention. *Handbook of Parenting*. SAGE Publications. 28 de abril de 2010, em <[http://www.sageereference.com/hdbk\\_parenting/Article\\_n21.html](http://www.sageereference.com/hdbk_parenting/Article_n21.html)>.Chapter DOI:

10.4135/978-1-84860-816-0.n21.

- Santos, L. et al. (2009). *Relatório Anual de Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em 2008*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, IP, e Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco. Acedido em 27 de março de 2010, em [http://www.cnpcjr.pt/preview\\_documentos.asp?r=2656&m=PDF](http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=2656&m=PDF).
- Savino, F., & Tarasco, V. (2010). New treatments for infant colic. *Current Opinion in Pediatrics*, 22(6), 791-797. doi:10.1097/MOP.0b013e32833fac24.
- Shribman S., & Billingham K. (2009). *Healthy Child Programme – Pregnancy and the first five years*. Department of Health UK. Acedido em 5 de janeiro de 2010, em [www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk).
- Singer, J. (2007). The Brazelton Touchpoints approach to infants and toddlers in care: Foundation for a lifetime of learning and love. *Dimensions of Early Childhood*, 35 (3), 4-11.
- Smart, J., & Hiscock, H. (2007). Early infant crying and sleeping problems: a pilot study of impact on parental well-being and parent-endorsed strategies for management. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 43, 284-290.
- Smith, C. L. (2010). Multiple Determinants of Parenting: Predicting Individual Differences in Maternal Parenting Behavior with Toddlers. *Parenting: science and practice*, 10 (1), 1-17. Acedido em 14 julho de 2010, em <http://dx.doi.org/10.1080/15295190903014588>.
- Soussan, P. B. (2007). Faites des pères, faites des mères. In P.B. Soussan, J. Brothier, J. Dayan, P. Delion, M. Dugnat, M d’Haene, A. Offe, & F. Sou (Eds), *La parentalité exposée* (pp. 7-24). Ramonville Saint-Agne: érès.
- St James-Roberts, I. (2007). Helping Parents to Manage Infant Crying and Sleeping : A Review of the Evidence and its Implications for Services. *Child Abuse Review*, 16, 47-69. doi: 10.1002/car.968.
- Streiner, D.L., & Norman, G.R, (2008). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use* (4<sup>th</sup> Ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Tarkka M.T., Paunonen M., & Laippala P. (2000). First-time mothers and child care when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), 20-26.
- Joanna Briggs Institute (JBI) (2008). *The effectiveness of interventions for infant colic, Best Practice 12(6) 2008*. Acedido em 17 de outubro de 2011, em <http://www.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=444>.
- U.S. Department of Health and Human Services (2008). *Promoting Health families in your community*. Washington: Children’s Bureau. Acedido em 2 de junho de 2009, em [http://www.childwelfare.gov/pubs/res\\_packet\\_2008/](http://www.childwelfare.gov/pubs/res_packet_2008/).
- U.S. Department of Health and Human Services (2011). *Strengthening Families and Communities: 2011 Resource Guide*. Washington: Children’s Bureau. Acedido em 23 de fevereiro de 2011, em <http://www.childwelfare.gov/preventing/preventionmonth/guide2011/>.
- United Nations Children’s Fund, UNICEF (2010). *As crianças que ficam para trás: Uma tabela classificativa da desigualdade no bem-estar das crianças nos países ricos*, Innocenti Report Card n.º9, Centro de Estudos Innocenti da UNICEF: Florença.
- United Nations Children’s Fund, UNICEF, (s.d.). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. ONU. Acedido em 14 de julho de 2008 em [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

- Van Bakel, H. J., & Riksen-Walraven, J. M. (2002). Parenting and development of one-year-olds: links with parental, contextual, and child characteristics. *Child development*, 73(1), 256-73. Acedido em 15 janeiro de 2008, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14717256>.
- Vieira, Margarida (2007). *Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Wade, S. (2004). Parenting Influences on Intellectual Development and Educational Achievement. *Handbook of Parenting*. SAGE Publications. 28 de abril de 2010, em <[http://www.sageereference.com/hdbk\\_parenting/Article\\_n13.html](http://www.sageereference.com/hdbk_parenting/Article_n13.html)>.
- Wagner, M., Spiker, D., & Linn, M. I. (2002). The effectiveness of the parents as teachers program with low-income parents and children. *Topics in Early Childhood Special Education*, 22(2), 67-81.
- Walker, S. K. (2005). Use of a Parenting Newsletter Series and Other Child-Rearing Information Sources by Mothers of Infants. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 34(2), 153-172. doi: 10.1177/1077727X05280661.
- Warren, P. L. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of advanced nursing*, 50(5), 479-88. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x.
- Whittaker, K., & Cornwaite, S. (2000). Benefits of all: outcomes from a positive parenting evaluation study. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 4(4), 189-197.
- World Health Organization (WHO) (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2007. Chapter XVI - Certain conditions originating in the perinatal period (P07.1) birth weight*. Acedido em 16 de janeiro de 2009, em <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
- World Health Organization (WHO) & International Society For Prevention Of Child Abuse And Neglect (ISPAN) (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO Press, 2006.
- Zepeda, M., Varela, F., & Morales, A. (2004). *Promoting Positive Parenting Practices through Parenting Education. Building State Early Childhood Comprehensive Systems Series, Number 13*: UCLA Center for Healthier Children, Families and Communities.
- Zuckerman, B., Parker, S., Kaplan-Sanoff, M., Augustyn, M., & Barth, M. C. (2004). Healthy steps: A case study of innovation in pediatric practice. *Pediatrics*, 114(3), 820-826.

## **ANEXOS**



## **ANEXO 1**

Instrumento de colheita de dados do primeiro estudo



## QUESTIONÁRIO (pais/cuidadores de crianças até 3 anos de idade)

Digníssimo Senhor/a

Sou uma estudante de Doutoramento na Universidade Católica Portuguesa e estou a fazer um estudo académico que pretende identificar dificuldades e facilidades no desempenho do papel de pai, mãe ou cuidador, pelo que o seu contributo e experiência neste assunto são muito valiosos.

**A sua colaboração é essencial mas é voluntária e as respostas são anónimas e confidenciais.**

Os meus cumprimentos e agradecimentos Saudade Lopes; saudade.lopes@ipleiria.pt

### A. CARACTERIZAÇÃO GERAL (Assinale o quadrado ou escreva no espaço correspondente à sua situação)

1. Grau de parentesco com a criança. Mãe  Pai  Outro: \_\_\_\_\_
2. Residente em cidade  vila  aldeia
3. Estado civil: casado/união  solteiro  divorciado  viúvo
4. Situação de empregabilidade: empregado  desempregado  idade: \_\_\_\_\_
5. Idade da criança: \_\_\_\_\_
6. Existência de outros filhos/ outras crianças: sim  não  Se sim n.º e idade \_\_\_\_\_

### B. DIFICULDADES

1. Quais as maiores dificuldades que tem sentido a cuidar da sua criança?

---

---

---

---

---

2. Em que idade da criança é que essas dificuldades mais ocorreram? \_\_\_\_\_

---

3. Em que situação, momento ou ocasião foi mais difícil cuidar da sua criança e porquê?

---

---

---

---

Como resolveu as situações?

---

---

---

---

---

---

(continua)

**C – FACILIDADES**

1. Em que idade da criança sentiu que era mais fácil cuidar dela?

---

---

2. Em que situação, momento ou ocasião foi mais fácil cuidar da sua criança?

---

---

---

Porquê?

---

---

---

**D – CONVICÇÃO CULTURAL**

1. Indique a importância que atribui ao seu papel de pai/mãe/cuidador durante os três primeiros anos de vida da criança para permitir um desenvolvimento físico, social, psíquico e intelectual da criança apropriado para o resto da sua vida. (Assinale o quadrado correspondente)

Extrema importância

Muita Importância

Alguma importância

Pouco importância

Nenhuma importância

1. Diga algumas acções a realizar ou atitudes a tomar que como pai, mãe ou cuidador acredita serem importantes para ajudar a criança a crescer e a desenvolver-se durante os primeiros anos de vida.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Centro/ Extensão de Saúde \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Muito obrigada**

## **ANEXO 2**

Pedido e autorização para recolha de informação no primeiro estudo





**IPL**

escola superior  
de saúde  
instituto politécnico  
de leiria

Exmo. Senhor

Coordenador da Sub-Região de Saúde de Leiria

Av. Heróis de Angola, 59 -2º

2400-154 Leiria

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

DATA / NOSSA REFERÊNCIA

SECTOR

ESSLeI SAIDA 01226\*08 10 22

PEDIDO PARA APLICAÇÃO DE FORMULÁRIO PARA TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

ASSUNTO

O Conselho Directivo da Escola Superior de Saúde de Leiria, vem solicitar a V. Exa. autorização para que as alunos do 4º ano, da Turma 11, e do 3.º ano, turma 13, do Curso de Licenciatura em Enfermagem, possam aplicar um formulário, que se junta em anexo, no âmbito do Doutoramento que a Professora Saudade Lopes, está a desenvolver, orientada pela Professora Maria dos Anjos Dixe, e no desenvolvimento de competências pedagógicas dos alunos. São as duas Professoras desta Escola e o tema central do estudo é **“Parentalidade Positiva – Identificação de necessidades de intervenção”**. Estes dados preliminares têm como principal objectivo: identificar dificuldades e facilidades no desempenho do papel parental e contribuir para a elaboração de um documento de colheita de informação.

É assim, neste contexto, que o Conselho Directivo da Escola Superior de Saúde solicita a V. Exa. que a aplicação dos formulários se efectue nos Centros de Saúde e Extensões de Saúde onde se encontra a decorrer o ensino clínico de Integração à Vida Profissional e o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Comunitária.

Estes ensinios clínicos decorrem na Unidade de Saúde Familiar da Benedita e Marrazes, Centros de Saúde de Pombal, Batalha, Ansião, Dr. Arnaldo Sampaio, Porto de Mós, Alcobaça, Caldas da Rainha, Nazaré, Dr. Gorjão Henriques, Marinha Grande e respectivas extensões onde estejam alunos.

Informamos a V. Exa. que será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados e a participação dos entrevistados é voluntária e decorre após a vacinação. Em caso de interesse enviaremos os resultados da pesquisa.

Aguardando vossa confirmação e agradecendo a disponibilidade e colaboração subscrevemo-nos com os melhores cumprimentos, *também pessoais*

O Presidente do Conselho Directivo,

Elísio Augusto Gomes Pinto

Anexo: Questionário

.../SL



Infraco a interesses.  
2008.11.06  
Cecy



Ministério da Saúde

Exmo Senhor  
Presidente do Conselho Directivo da  
Escola Superior de Enfermagem de Leiria  
Campus 2 – Morro do Lena-Alto do Vieiro  
Apartado 4137  
2411-901 LEIRIA

Sua referência

Sua comunicação

Proc.º

Nossa referência

Leiria,

**DSS/Direcc. Enfermagem**

**ASSUNTO: APLICAÇÃO DE FORMULÁRIO PARA TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO**

Em resposta ao solicitado no vosso ofício n.º 01226 de 08.10.22, informa-se V. Ex.ª de que está autorizada a aplicação do formulário para trabalho de investigação “*Parentalidade Positiva – Identificação de Necessidades de Intervenção*”, nos Centros de Saúde por vós referenciados.

- O desenvolvimento do trabalho deverá ser articulado com a Enfermeiro(a) Chefe e os resultados deverão ser facultados à Direcção de Enfermagem desta SRS.

Com os melhores cumprimentos, *H. Jencas*

O DIRECTOR DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

  
(Isidro Costa)



### **ANEXO 3**

Pedido e autorização para utilização da estrutura de transição





maria saudade oliveira custódio lopes <saudadelopes8@gmail.com>

---

## transitions theory

3 messages

---

**maria saudade oliveira custódio lopes** <saudadelopes8@gmail.com>

16 February 2011 11:02

To: meleis@nursing.upenn.edu

Dear Professor Meleis

I am a nurse and professor at Health School of Politécnic Institute of Leiria, Portugal. I am PhD student too, and I am doing research on "Positive Parenting".

I would like to ask your permission to use your transitions framework of your article in Adv. Nurse Sci (2000): Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory.

I would like to use this framework to guide the development of my study.

Thank you for your attention to this matter.

I look forward to hearing from you soon.

Sincerely

Maria Saudade Lopes

[saudadelopes8@gmail.com](mailto:saudadelopes8@gmail.com)

[saudade.lopes@ipleiria.pt](mailto:saudade.lopes@ipleiria.pt)

---

**Glickman, Caroline** <cgg@nursing.upenn.edu>

18 February 2011 21:51

To: maria saudade oliveira custódio lopes <saudadelopes8@gmail.com>

Dear Maria,

I respond to you on behalf of Dr. Meleis as she is currently traveling.

She gives you permission to use her Transitions framework in her article in Adv. Nurse Sci (2000):

Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory, however, please be sure to credit her work appropriately in your work. Also, she would like to receive a copy of your work once you've completed it. You can send it to the address below in my signature.

We wish you the best of luck with your research!

Best regards,

Caroline

*Caroline G. Glickman*

Associate Director, Office of the Dean

University of Pennsylvania School of Nursing

Claire M. Fagin Hall, 418 Curie Blvd.

Claudia S. Heyman Dean's Suite #430

Philadelphia, PA 19104-4217

Direct: +1-215-898-2889

Dean's Office: +1-215-898-8283

Fax: +1-215-573-2114

Email: [cgg@nursing.upenn.edu](mailto:cgg@nursing.upenn.edu)

[www.nursing.upenn.edu](http://www.nursing.upenn.edu)

---

**From:** maria saudade oliveira custódio lopes [mailto:[saudadelopes8@gmail.com](mailto:saudadelopes8@gmail.com)]

**Sent:** Wednesday, February 16, 2011 6:02 AM

**To:** Meleis, Afaf

**Subject:** transitions theory

[Quoted text hidden]

---

**maria saudade oliveira custódio lopes** <[saudadelopes8@gmail.com](mailto:saudadelopes8@gmail.com)>  
To: "Glickman, Caroline" <[cgg@nursing.upenn.edu](mailto:cgg@nursing.upenn.edu)>

19 February 2011 10:07

Dear Caroline

Thank you for your attention

Sincerely

Maria Saudade Lopes

2011/2/18 Glickman, Caroline <[cgg@nursing.upenn.edu](mailto:cgg@nursing.upenn.edu)>

[Quoted text hidden]

## **ANEXO 4**

Instrumento de colheita de dados do segundo estudo



## QUESTIONÁRIO

Digníssimo Senhor/a

Sou uma enfermeira professora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e estudante de Doutoramento na Universidade Católica Portuguesa. Estou a fazer um estudo académico que pretende identificar necessidades de apoio no desempenho do papel de pais de crianças até aos 3 anos de idade do Distrito de Leiria, tendo em vista um melhor desenvolvimento da criança.

**O seu contributo, experiência e partilha de dificuldades e facilidades no papel de pais são muito valiosos, pelo que solicito a vossa colaboração.**

**Esta colaboração, embora seja essencial, é voluntária e as respostas são anónimas e confidenciais.**

Por favor responda a todas as perguntas, centrando-se no filho mais novo e na idade até 3 anos.

Os meus cumprimentos e agradecimentos.

Saudade Lopes

Contactos:

[saudade.lopes@ipleiria.pt](mailto:saudade.lopes@ipleiria.pt)

tel. 918238509

### A. REFERENTE AOS PAIS (Assinale o quadrado ou escreva no espaço correspondente à sua situação)

1. **Grau de parentesco com a criança.**  Mãe  Pai Outro: \_\_\_\_\_
2. **Número de filhos:**  Filho único  Outros filhos
2. **Residência:**  cidade  vila  aldeia. Concelho: \_\_\_\_\_
3. **Habitação:**  própria  renda
4. **Estado civil:**  casado/união de facto  solteiro/a  divorciado/separado/a  viúvo/a
5. **Situação de empregabilidade:**  empregado  desempregado
6. **Idade em anos (de quem está a preencher o questionário):** \_\_\_\_\_
7. **Nacionalidade:** \_\_\_\_\_
8. **Escolaridade concluída:**

<input type="checkbox"/> 4 anos	<input type="checkbox"/> Bacharelato
<input type="checkbox"/> 6 anos	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> 9 anos	<input type="checkbox"/> Mestrado
<input type="checkbox"/> Curso Formação Profissional	<input type="checkbox"/> Doutoramento
<input type="checkbox"/> 12 anos	<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
9. **Remuneração familiar mensal:**

<input type="checkbox"/> Menos de 1000 €	<input type="checkbox"/> De 3001 a 4000 €
<input type="checkbox"/> De 1000 a 2000 €	<input type="checkbox"/> De 4001 a 6000 €
<input type="checkbox"/> De 2001 a 3000 €	<input type="checkbox"/> Superior a 6000 €

**B. REFERENTE À CRIANÇA** (Assinale o quadrado com X ou escreva no espaço ou espaços correspondentes à sua situação)1. **Sexo da criança:**  Masculino  Feminino      2. **Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_3. **Frequência de creche:**  sim  não      4. **Tem ama:**  sim  não5. **Guarda da criança quando não está na creche ou na ama:**  mãe  pai  avó    Outro: \_\_\_\_\_6. **Irmãos:**  sim  não    Quantos: \_\_\_\_\_7. **Peso da criança ao nascer:** \_\_\_\_\_8. **Foi amamentada/leite materno**       Sim       Não

Se sim até que idade da criança \_\_\_\_\_

9. **Fez leite de lata ou leite de vaca**       Sim       Não

Se sim a partir de que idade da criança \_\_\_\_\_

10. **Características da criança:** (Assinale com X nos  as características mais predominantes da criança)

Quase sempre ou sempre      Algumas vezes      Raramente ou nunca

Sossegada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chora muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dorme mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difícil de alimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brinca sozinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brinca com os pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exige muita atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com problemas de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C – APOIOS PARA CUIDAR DA CRIANÇA**(Assinale com uma cruz todos os apoios utilizados e os que considerava necessários.)  
(Podem ficar itens sem serem assinalados.)

	Apoios que teve	Apoios que necessitava e não teve
Cônjuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avós da criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guias de orientação elaborados por profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação escrita/Livros/revistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acesso telefônico a enfermeiro especialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visitas de enfermeiros a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vizinhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros (especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D – EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE**

**Cada item deve ser respondido 3 vezes (Na coluna A, B e C coloca-se X no ⊗ correspondente)**

Os números **1** correspondem a **nada** ou **nenhum**, os **2,3,4** correspondem a valores intermédios até ao máximo de **5** que corresponde a  **muito**.

**A primeira linha está preenchida para exemplo.**

Assim, na utilização da cadeira no carro considere 4 para a confiança na utilização (quase total), 3 para as dificuldades (algumas) e 2 para a necessidade de mais conhecimento (pouca necessidade).

Desempenho do papel parental	A	B	C
	Sinto-me ou senti-me <u>confiante</u> Nada _____ Muito 1 _____ 5	Sinto ou senti <u>dificuldade</u> Nenhuma _____ Muita 1 _____ 5	Sinto/ senti necessidade de mais <u>conhecimento</u> Nenhuma _____ Muita 1 _____ 5
Na adequada utilização de cadeira no carro	① ② ③ ⊗ ④ ⑤	① ② ⊗ ④ ⑤	① ⊗ ③ ④ ⑤
Nos procedimentos na amamentação	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Nos procedimentos para aleitamento	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A lidar com o comportamento da criança na amamentação/aleitamento	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na introdução de novos alimentos	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na preparação das primeiras sopas	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na identificação dos alimentos saudáveis	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A ajudar a criança a estabelecer o seu padrão de sono	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A dar os primeiros banhos	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na preparação de um ambiente seguro (sem perigos) para a criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na identificação de ambientes nocivos para a criança (exposição ao tabaco, chumbo, mercúrio, toxinas)	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A perceber os sinais de doença na criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A cuidar da criança quando está doente	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na resposta às outras necessidades (higiene, vestir)	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Na compreensão da importância da vigilância de saúde da criança (levar a consultas e vacinas)	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A conhecer as fases do desenvolvimento da criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A compreender o comportamento da criança de acordo com a idade	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A compreender a importância de uma estimulação equilibrada nos primeiros anos de vida da criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
A identificar oportunidades diárias para potencializar o desenvolvimento da criança	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤
Saber quais as acções que estimulam a criança.	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤	① ② ③ ④ ⑤

(continua)



## **ANEXO 5**

Pedido e autorização para recolha de informação do segundo estudo

(Algumas autorizações foram expressas pelo telefone)



Exma. Senhora  
Directora Executiva do ACES

31-05-2010

**Assunto: *Pedido para aplicação de questionário a pais de crianças até 3 anos e meio de idade e que recorram à Consulta de Saúde Infantil.***

Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes, enfermeira e docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, vem solicitar a V. Exa. autorização para aplicar o questionário supracitado, e que se junta em anexo, nos Centros de Saúde onde exista consulta de saúde infantil. O trabalho de investigação “*Apoio na Parentalidade Positiva: Definição de Fenómenos de Enfermagem*” realiza-se no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem que decorre na Universidade Católica Portuguesa e, com os questionários, pretende-se a identificação de áreas de intervenção de enfermagem.

Estes serão de auto preenchimento e distribuídos aos pais em articulação com os enfermeiros chefes/responsáveis de cada Centro de Saúde, imediatamente após autorização e pelo tempo necessário para a constituição de uma amostra significativa.

Agradece, desde já, a vossa disponibilidade e colaboração e fica ao dispor para quaisquer informações adicionais.

Com os melhores cumprimentos

(Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes)

Anexo: Questionário

Contacto:

[saudade.lopes@ipleiria.pt](mailto:saudade.lopes@ipleiria.pt)

tel. 918238509



Exma/o. Senhora/o  
Director da Creche

04-06-2010

**Assunto: *Pedido para aplicação de questionário a pais de crianças até 3 anos e meio de idade do Distrito de Leiria, para um trabalho de investigação***

Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes, enfermeira e docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, vem solicitar a V. Exa. autorização para aplicar o questionário supracitado, e que se junta em anexo, na creche/infantário que V. Ex. dirige. O trabalho de investigação "*Apoio na Parentalidade Positiva: Definição de Fenómenos de Enfermagem*" realiza-se no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem que decorre na Universidade Católica Portuguesa e, com os questionários, pretende-se a identificação de áreas de intervenção de enfermagem junto dos pais de crianças nos primeiros 3 anos de idade.

Estes serão de auto preenchimento voluntário e distribuídos aos pais em articulação com as Educadoras, imediatamente após autorização.

Agradece, desde já, a vossa disponibilidade e colaboração e fica ao dispor para quaisquer informações adicionais.

Com os melhores cumprimentos

(Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes)

2 Anexos: **Questionário**

**Envelope endereçado para a resposta**

Contacto:

[saudade.lopes@ipleiria.pt](mailto:saudade.lopes@ipleiria.pt)

tel. 918238509





Exma Senhora  
Enf.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> da Saudade de O. Custódio Lopes  
Escola Superior de Enfermagem de Leiria  
Campus 2 – Morro do Lena-Alto do Vieiro  
Apartado 4137  
2411-901 LEIRIA

Sua referência

Sua comunicação

Proc.

Nossa referência

Leiria,

**D.E.**

ASSUNTO

**APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO**

Em resposta ao solicitado, informa-se V. Ex.<sup>a</sup> de que está autorizada a aplicação do questionário sobre “*Apoio na Parentalidade Positiva: Definição de Fenómenos de Enfermagem*”, nos Centros de Saúde do Agrupamento Pinhal Litoral II, contudo não poderá interferir com o normal funcionamento dos serviços.

O desenvolvimento do trabalho deverá ser articulado com a(o) Sr.<sup>(a)</sup> Enf.<sup>(a)</sup> Chefe/Responsável de cada Centro de Saúde e os resultados deverão ser facultados ao Conselho Clínico deste ACES.

Com os melhores cumprimentos,

O DIRECTOR EXECUTIVO DO ACES PL II

(Isidro Costa)

Na resposta indicar as referências deste ofício





APEPI - Associação de Pais e Educadores para a Infância

POMBAL

Exma. Senhora  
Maria da Saudade de  
Oliveira Custódio Lopes

**Data: 17/06/2010**

**Assunto: Aplicação de questionário a pais de crianças até 3 anos de idade**

Vimos por este meio comunicar a nossa disponibilidade para aplicação dos questionários aos pais das crianças da nossa creche institucional, perfazendo um total de 40 crianças.

Com os melhores cumprimentos

A Direcção





Exmo.(a) Sr.(a)

Dra. Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

Rua Pé da Serra, 25

2480-108 Pedreiras

Marinha Grande, 5.07.2010

---

**Assunto: aplicação de questionários.**

Exmo. (a) Sr.(a),

Somos com este a informar que a instituição que dirijo tem todo o interesse em colaborar consigo no estudo que pretende realizar.

Para que possa enviar os questionários informo que a resposta social creche tem habitualmente 85 crianças.

Se pretender ter os questionários até Agosto solicito que os envie quanto antes pois a instituição encerra para férias de 1 a 31 de Agosto .

Com os n/ cumprimentos e votos de um bom trabalho,

A DIRECTORA  
DRA. CATARINA LEITE





## **Pedido para aplicação de questionário**

ACES Oeste Norte UAG [uag.oestenorte@gmail.com]

**Enviado:** sexta-feira, 18 de Junho de 2010 17:03

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

**Cc:** Enfermeira Lucia Mota [luciamota.on@gmail.com]; Teresa Luciano [teresaluciano@gmail.com]

---

Exma Senhora Enfermeira  
Maria Saudade Lopes

Em resposta ao V/ ofício datado de 31-05-2010 e conforme despacho da Vogal do Conselho Clínico do ACES Oeste Norte, Enfermeira Lúcia Mota, temos a informar que está autorizado a aplicação do questionário a pais de crianças até 3 anos de idade e que recorrem à Consulta de Saúde Infantil, para o trabalho de investigação "Apoio na Parentalidade Positiva: Definição de Fenómenos de Enfermagem", sendo a participação das enfermeiras das UCSP(s) e USF(s) voluntária. Mais informamos que deve-se articular com os Coordenadores das Unidades Funcionais e toda a logística é da responsabilidade de V. Exa.

Cumprimentos  
Ascensão Almeida  
(Secretariado da UAG Oeste Norte  
Tel: 262 870 387; Fax: 262 870 381  
R.Centro Saúde, 2500-241 Caldas da Rainha)



## **Pedido para aplicação de questionário a pais de crianças até 3 anos de idade que recorram à consulta de saúde infantil**

secretariado [[secdir@cspombal.srsleiria.min-saude.pt](mailto:secdir@cspombal.srsleiria.min-saude.pt)]

**Enviado:** quarta-feira, 16 de Junho de 2010 11:42

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

---

Em resposta ao solicitado por V. Exa. para aplicação de questionário a pais de crianças até 3 anos de idade que recorram à Consulta de Saúde Infantil, informamos que o mesmo foi autorizado, no entanto, para uma melhor articulação com as enfermeiras que exercem funções nas Extensões de Saúde onde quer aplicar o questionário, sugerimos que seja feito um contacto prévio com essas profissionais.

Com os melhores cumprimentos

Luísa Manaia - Secretariado

[secdir@cspombal.srsleiria.min-saude.pt](mailto:secdir@cspombal.srsleiria.min-saude.pt)

Tel. 236 200 970 Ext. 242



## **Pedido de aplicação de questionário a pais de crianças até 3 anos de idade que recorram à consulta de Saúde Infantil**

Ausenda Feio [afeio@csansiao.min-saude.pt]

**Enviado:** terça-feira, 15 de Junho de 2010 10:04

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

---

### **Exma. Senhora Dr<sup>a</sup> Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes**

Em resposta à V/ solicitação do dia **31-05-2010**, sobre o assunto em epígrafe, venho informar que o mesmo mereceu parecer **favorável**, desde que o questionário seja aplicado por V/ Exa. pois não possuímos meios de apoio para o efectuar.

Com os melhores cumprimentos

José Neves, Enf<sup>o</sup>  
(O Vogal de Enfermagem do ACeS PIN II)



## **Aplicação de Questionário no CIMV**

Psicóloga Moinho de Vento [psicologa.mv@apdrb.com]

**Enviado:** terça-feira, 20 de Julho de 2010 15:45

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

---

Boa tarde Dra. Saudade,

Conforme ficou combinado, por telefone há duas semanas atrás, venho transmitir-lhe que poderá aplicar os questionários na nossa instituição, a partir de Setembro. Não sei se pretende agendar uma reunião com a nossa Coordenadora Pedagógica, para acertar alguns pormenores. A melhor altura para essa reunião será nos primeiros 15 dias de Agosto.

Aguardo orientações da sua parte para darmos andamento ao processo.

Atentamente,  
Sónia Mendes  
Assessora de Direcção  
Psicóloga Clínica  
[psicologa.mv@apdrb.com](mailto:psicologa.mv@apdrb.com)  
TLF 244765681  
TLM 917262082



## **Autorização para aplicação de questionarios.**

cpobidos [cpco.creche@iol.pt]

**Enviado:** sexta-feira, 9 de Julho de 2010 16:05

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

---

Muito Boa Tarde!

Após deliberação da Direcção da Creche e Jardim de Infância da Casa do Povo de Óbidos, venho por este meio informar que a nossa instituição dá autorização para a aplicação de questionários para o seu trabalho de investigação.

Cumprimentos,

Sara Conceição  
(**Dep. Administrativo**)

---

Casa do Povo de Óbidos - Creche e Jardim de Infância  
Rua Municipal - Bairro dos Arcos 2510-081 Óbidos  
Telf e fax: 262 959 762  
Nif: 500 953 180  
Site: [www.cpobidos.com](http://www.cpobidos.com)



**Pedido para aplicação de questionário a pais de crianças até 3 anos de idade do distrito de leiria, para um trabalho de investigação.**

centro social paroquial turquel [centrospturquel@gmail.com]

**Enviado:** quinta-feira, 8 de Julho de 2010 11:03

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

---

Exma. Senhora:

Vimos por este meio comunicar -lhe a possibilidade de serem aplicados os questionários solicitados por vós. Ficamos a aguardar o envio dos questionários para serem entregues aos pais.

Sem outro assunto.

P[ela Direcção



## questionario

cpajuncal@mail.telepac.pt [cpajuncal@mail.telepac.pt]

**Enviado:** terça-feira, 22 de Junho de 2010 10:30

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

---

Bom dia.

Acusamos a recepção da vossa carta, que mereceu a nossa melhor atenção. Na sequencia da mesma, informamos que não vemos obstáculos à aplicação do questionário em referencia, pelo que poderá encetar os tramites necessários á mesma.

Com os melhores cumprimentos,

Lucio alves

cpaj



## Questionário

op271647b@mail.telepac.pt [op271647b@mail.telepac.pt]

**Enviado:** sexta-feira, 2 de Julho de 2010 14:16

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

---

Boa tarde Sra. Saudade Lopes,

A Escolinha O Trevo - CPA.RF recebeu o seu questionário e não apresenta qualquer impedimento à sua aplicação.

Como será este aplicado? A Sra Saudade virá ao nosso encontro com os demais exemplares?

Na nossa escola há, de momento, 51 crianças com mais de 3 anos de idade.

Obrigada.

Sónia Marques



## Questionários

Sandra Santos [sandra.santos@cantinhodospequenos.com]

**Enviado:** sexta-feira, 9 de Julho de 2010 15:13

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

---

Dra. Saudade Lopes,

Peço desculpa desde já por não a ter contactado anteriormente.

Até ao momento só entregaram à Dra. Filomena, 12 de 40 questionários. Estamos a tentar recolher os que faltam.

Tem urgência na entrega dos questionários?

Com os melhores cumprimentos,

**Sandra Teixeira Santos**

*Cantinho dos Pequenos – Jardim de Infância, Lda.*

*Rua do Carvalho – 2415 -320 Gândara dos Olivais / Leiria*

*Telefone: 244 848630 Fax: 244 848639*

*Telemóvel: 91 77 43 990*

Antes de imprimir este e-mail, pense que estará a gastar papel e tinta. Proteja o ambiente.



## **resposta ao pedido de aplicação de questionarios**

arminda creso [arminda.creso@hotmail.com]

**Enviado:** quinta-feira, 1 de Julho de 2010 23:29

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

---

Boa noite

Em resposta ao pedido enviado para aplicação de questionários aos pais das crianças do Infantário O Dominó , venho informa-la de que autorizo à realização dos mesmos.

Agradeço contacto prévio com as educadoras destas crianças , para que lhes dê a informação necessária para a realização dos tais inquéritos.

Os melhores cumprimentos

A gerencia de O Dominó

(Maria Armanda Bernardino Crespo)

---

Hotmail: Correio electrónico fidedigno com protecção anti-SPAM poderosa. [Inscreva-se já.](#)



## **ANEXO 6**

Instrumento de colheita de dados do terceiro estudo



## QUESTIONÁRIO PARA PERITOS EM ENFERMAGEM

Digníssimo Colega

Sou uma colega enfermeira e professora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e estudante de Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. Estou a finalizar um estudo académico que pretende identificar áreas de intervenção de enfermagem no apoio da parentalidade positiva em pais de crianças até aos 3 anos de idade.

*(Parentalidade positiva é definida pelo Conselho da Europa (2006) como um comportamento parental que deverá ser baseado no melhor interesse da criança e assegurar a sua criação e educação com fixação de limites, relacionamento positivo e otimização do potencial de desenvolvimento).*

Com base na literatura e num estudo exploratório, elaborou-se uma **escala de parentalidade positiva com cinco dimensões**: *Necessidades físicas; saúde e segurança; desenvolvimento, comportamento e estimulação; comunicação positiva; e disciplina positiva.*

Com a sua aplicação avaliou-se a necessidade de apoio dos pais, a nível da promoção da confiança, das dificuldades e da aquisição de conhecimentos, em cada dimensão da parentalidade positiva.

Para validação das áreas em que o enfermeiro poderá e deverá intervir, necessito da colaboração de peritos de enfermagem com saber prático e teórico no apoio à parentalidade.

**Nesta qualidade de perito indicado pela sua Instituição, solicito o contributo do/a colega através do preenchimento do questionário** (contem 22 questões e um espaço para sugestões que é opcional).

As respostas são anónimas e confidenciais, ficando, apenas, identificada a Instituição.

*(P.S: Este questionário será disponibilizado em documento de ficheiro, documento online e documento impresso (se preferir). Por favor, responda, apenas, numa versão à sua escolha).*

Os meus cumprimentos e agradecimentos.

Saudade Lopes

Contactos: [saudade.lopes@ipleiria.pt](mailto:saudade.lopes@ipleiria.pt)  
tel. 918238509

Endereço: Rua Pé da Serra, n.º25  
2480 – 108 Pedreiras

**CARACTERIZAÇÃO DO PERITO** (Assinale o quadrado ou escreva no espaço correspondente à sua situação)

1. **Agrupamento de Centros de Saúde/Hospital onde exerce funções:** \_\_\_\_\_

2. **Com especialidade em enfermagem:**  Sim  Não. Se sim qual: \_\_\_\_\_

3. **Com responsabilidades de gestão de cuidados de enfermagem:**  sim  não

4. **Tempo de serviço na profissão:** \_\_\_\_\_

5. **Tempo de serviço com funções na área de saúde infantil:** \_\_\_\_\_

6. **Idade em anos:** \_\_\_\_\_

7. **Sexo:**  Feminino  Masculino

**APOIO NA PARENTALIDADE** (Assinale em cada item das cinco dimensões se considera ou não ser uma área de intervenção de enfermagem no apoio à parentalidade positiva)

**8. NECESSIDADES FÍSICAS DA CRIANÇA**

<i>Áreas de intervenção para promoção da confiança, apoio nas dificuldades e na necessidade de conhecimentos dos pais</i>	Sim	Não	Sem opinião
Nos procedimentos na amamentação			
Nos procedimentos para aleitamento			
A avaliar se a amamentação/aleitamento é suficiente para a criança			
Na introdução de novos alimentos			
Na identificação dos alimentos saudáveis			
A ajudar a criança a estabelecer o seu padrão de sono			
A dar os primeiros banhos			
Na resposta às outras necessidades (higiene, vestir)			

9. Indique actividades/intervenções que tem desenvolvido e avaliado como efectivas no apoio aos pais na resposta a estas necessidades físicas da criança dos 0 aos 3 anos:

10. Existe, na Instituição, algum programa estruturado para apoiar na resposta a estas necessidades físicas da criança dos 0 aos 3 anos?  Sim  Não

**11. SAÚDE E SEGURANÇA DA CRIANÇA**

<i>Áreas de intervenção para promoção da confiança, apoio nas dificuldades e na necessidade de conhecimentos dos pais</i>	Sim	Não	Sem opinião
Na preparação de um ambiente seguro (sem perigos) para a criança			
Na identificação de ambientes nocivos para a criança (exposição ao tabaco, chumbo, mercúrio, toxinas)			
A cuidar da criança quando está doente			
A cuidar da criança quando tem ou tinha cólicas			
Na compreensão da importância da vigilância de saúde da criança (levar a consultas e vacinas)			

12. Indique actividades/intervenções que tem desenvolvido e avaliado como efectivas no apoio aos pais para a saúde e segurança das crianças dos 0 aos 3 anos:

13. Existe, na Instituição, algum programa estruturado para apoiar os pais na saúde e segurança das crianças dos 0 aos 3 anos?  Sim  Não

**14. DESENVOLVIMENTO, COMPORTAMENTO E ESTIMULAÇÃO DA CRIANÇA**

<i>Áreas de intervenção para promoção da confiança, apoio nas dificuldades e na necessidade de conhecimentos dos pais</i>	Sim	Não	Sem opinião
A conhecer as fases do desenvolvimento da criança			
Saber quais as acções que estimulam a criança.			
Na escolha de materiais de aprendizagem de acordo com a idade da criança (brinquedos, música, livros)			
Nas atitudes que promovem comportamentos adequados na criança			
A aproveitar o momento do banho para estimular a criança			
A aproveitar o momento da alimentação para estimular a criança			

15. Indique actividades/intervenções que tem desenvolvido e avaliado como efectivas no apoio aos pais no desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança dos 0 aos 3 anos:

16. Existe, na Instituição, algum programa estruturado para apoiar os pais no desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança dos 0 aos 3 anos?  Sim  Não

**17. COMUNICAÇÃO POSITIVA COM A CRIANÇA**

<i>Áreas de intervenção para promoção da confiança, apoio nas dificuldades e na necessidade de conhecimentos dos pais</i>	Sim	Não	Sem opinião
A responder com afecto ao choro da criança			
Na interpretação dos sinais que a criança utiliza para comunicar			
Nos benefícios para a criança de um relacionamento caloroso e de amor			
No estabelecimento de actividades que fazem a criança sentir-se especial e importante			
Nas atitudes que proporcionam uma comunicação positiva com a criança (simples, clara e estimulante)			

18. Indique actividades/intervenções que tem desenvolvido e avaliado como efectivas no apoio aos pais na comunicação positiva com a criança dos 0 aos 3 anos:

19. Existe, na Instituição, algum programa estruturado para apoiar os pais na comunicação positiva com a criança dos 0 aos 3 anos?  Sim  Não

<b>20. DISCIPLINA POSITIVA</b>			
<i>Áreas de intervenção para promoção da confiança, apoio nas dificuldades e na necessidade de conhecimentos dos pais</i>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Sem opinião</b>
Na compreensão da importância da disciplina para a criança.			
A estabelecer regras apropriadas à idade e ao desenvolvimento da criança			
A utilizar disciplina positiva (de ensino ou proposta alternativa) em vez de castigos, ameaças e restrições			
A ser um bom modelo para a criança			

21. Indique actividades/intervenções que tem desenvolvido e avaliado como efectivas no apoio aos pais na disciplina da criança dos 0 aos 3 anos:

22. Existe, na Instituição, algum programa estruturado para apoiar os pais na disciplina da criança dos 0 aos 3 anos?  Sim  Não

**SUGESTÕES OU OBSERVAÇÕES QUE DESEJE FAZER:** (Utilize o espaço seguinte)

**Muito obrigada e votos de sucessos pessoais e profissionais**

## ANEXO 7

Pedido de peritos e autorização para recolha de informação do terceiro estudo

(Algumas autorizações foram comunicadas pelo telefone)



## **Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento**

Maria Augusta Mota [mariaaugustamota@gmail.com]

**Enviado:** segunda-feira, 7 de Novembro de 2011 12:24

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

**Anexos:** Baixo Mondego I- questioná~1.doc (56 KB) ; questionário.doc (88 KB)

---

Exm<sup>a</sup> Senhora

Dr<sup>a</sup> Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

Lamento o atraso da resposta à informação que nos solicitou, mas apenas hoje foi possível ao Conselho Clínico ter essa informação.

Os elementos já contactados e que aceitaram, são:

- Enfermeira Aura Maria Silva Branco Rodrigues Lourenço-UCSP Fernão de Magalhães 239 856110
- Enfermeira Maria Luísa Apóstolo - UCSP Santa Clara 239 802110

--

Com os melhores cumprimentos

Maria Augusta Mota  
Directora Executiva  
ACES Baixo Mondego 1

----- Mensagem encaminhada -----

**De: Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes** <[saudade.lopes@ipleiria.pt](mailto:saudade.lopes@ipleiria.pt)>

Data: 8 de setembro de 2011 18:50

Assunto: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Para: "[aces.bml@srscoimbra.min-saude.pt](mailto:aces.bml@srscoimbra.min-saude.pt)" <[aces.bml@srscoimbra.min-saude.pt](mailto:aces.bml@srscoimbra.min-saude.pt)>

Exmo/a Senhor/a Director/a

Anexo um pedido de colaboração e agradeço a vossa melhor atenção.

Com os melhores cumprimentos

Maria Saudade Oliveira Custódio Lopes  
Enfermeira  
Professora Adjunta

.....  
Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Leiria



## **RE: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento**

Enfermeira Chefe Lagos [enfchefe-lgs@acesbarlavento.min-saude.pt]

**Enviado:** domingo, 6 de Novembro de 2011 21:03

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

---

Exma. colega

Na sequência do pedido de colaboração, informo que os peritos solicitados para o estudo de doutoramento serão:

- Enf<sup>a</sup> Helena Mendes (UCSP Portimão) com o endereço electrónico - [enfchefe@cspportimao.min-saude.pt](mailto:enfchefe@cspportimao.min-saude.pt);
- Enf<sup>a</sup> Isabel Pedro (UCC Infante) com o endereço electrónico - [ucc-lgs@acesbarlavento.min-saude.pt](mailto:ucc-lgs@acesbarlavento.min-saude.pt)

Ao dispôr para qualquer esclarecimento

M<sup>a</sup> Carmo Pacheco

Vogal do Conselho Clínico do ACES Barlavento

---

**De:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

**Enviado:** segunda-feira, 31 de Outubro de 2011 17:05

**Para:** enfchefe@cslagos.min.saude.pt

**Assunto:** Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Exma. colega

Em sequência do contacto telefónico, anexo o pedido de colaboração e agradeço a vossa melhor atenção.

Com os melhores cumprimentos

Maria Saudade Oliveira Custódio Lopes

Enfermeira

Professora Adjunta

Telem.: 918 238 509

[saudade.lopes@ipleiria.pt](mailto:saudade.lopes@ipleiria.pt)

.....  
Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Leiria



## **Re: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento**

ACES Oeste Norte UAG [uag.oestenorte@gmail.com]

**Enviado:** quarta-feira, 19 de Outubro de 2011 18:56

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

**Cc:** Dra.Teresa Luciano [teresaluciano@gmail.com]; Enfermeira Lucia Mota [luciamota.on@gmail.com]; Dr. António Foz Romão [afozromao16@gmail.com]; Dra.Fátima Pais [fatimapais.on@gmail.com]

---

Escola Superior da Saúde  
Instituto Politécnico de Leiria  
Enfa. Profª Adjunta, Maria Saudade Lopes

Em resposta ao solicitado no vosso ofício datado de 09-09-2011 e conforme despacho conjunto da Diretora Executiva do ACES Oeste Norte e Vogal do Conselho Clínico deste ACES, relativamente ao assunto supra mencionado, vimos indicar o contacto de duas profissionais de enfermagem deste ACES:

- Enfa. Maria Lurdes Pereira Santos - e-mail: [maria.lurdes.santos2007@gmail.com](mailto:maria.lurdes.santos2007@gmail.com)
- Enfa. Teresa Maria Gracinda Bilhastre - e-mail: [tb.tita@hotmail.com](mailto:tb.tita@hotmail.com)

Ao dispor

Atenciosamente,  
Ascensão Almeida

Secretariado da UAG Oeste Norte  
Tel: 262 870 387; Fax: 262 870 381  
R.Centro Saúde, 2500-241 Caldas da Rainha



## **FW: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento**

Céu Rodrigues [ceu.rodrigues@ulsam.min-saude.pt]

**Enviado:** terça-feira, 18 de Outubro de 2011 10:31

**Para:** limasoni@gmail.com; Teresa Laranjeira [enfchefe@csmoncao.min-saude.pt]

**Cc:** daces [daces@ulsam.min-saude.pt]; Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

**Anexos:** Alto Minho- questionário a~1.doc (56 KB) ; questionário.doc (112 KB)

---

Caras colegas

No sentido de colaborar, como peritos; no trabalho de investigação “**Apoio na Parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem**” envio toda a documentação.

Enfermeiras seleccionadas que satisfazem os dois critérios definidos:

Enfermeira Teresa Laranjeira - [enfchefe@csmoncao.min-saude.pt](mailto:enfchefe@csmoncao.min-saude.pt) – telefone 964614629;  
Enfermeira Sónia Patrícia Lima Fernandes – [limasoni@gmail.com](mailto:limasoni@gmail.com) – telefone 917371331.

Disponível para qualquer informação adicional.

Atenciosamente,  
Maria do Céu Rodrigues  
Departamento de ACES do Alto Minho

---

**De:** Ana Maria Lopes Silva Rego

**Enviada:** segunda-feira, 17 de Outubro de 2011 18:18

**Para:** Céu Rodrigues

**Assunto:** FW: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Srª Enfª Céu o Drº Fradão concorda quª sªja a Srª Enfª a tratar d'êstº assunto.

Cps, Ana Rºgo

---

**De:** administracao

**Enviada:** sexta-feira, 9 de Setembro de 2011 10:31

**Para:** daces

**Assunto:** FW: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

---

**De:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes [mailto:saudade.lopes@ipleiria.pt]

**Enviada:** quinta-feira, 8 de Setembro de 2011 18:33

**Para:** administracao

**Assunto:** Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Exmo/a Sºnhor/a Dirºctor/a

Anºxo um pºdido dº colaboração º agradºço a vossa mºlhor atºnção.

Com os mºlhorºs cumprimºntos

Maria Saudade Oliveira Custódio Lopes

Enfermeira  
Professora Adjunta

.....  
Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Leiria



**FW: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento**

Aces Grande Porto V - Póvoa de Varzim/Vila de Conde [acespovoa-vconde@csvconde.min-saude.pt]

**Enviado:** terça-feira, 20 de Setembro de 2011 10:26

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

**Cc:** saudeescolarvc@gmail.com; Enf.ª Elisa Cruz [mariaelisameira@gmail.com]

**Anexos:** Grande Porto V- questionár~1.doc (56 KB) ; questionário.doc (88 KB)

---

Ex.mo(a) Senhor(a) Prof.ª Adjunta Enf.ª M.ª Saudade lopes,

Por indicação da Vogal do Conselho Clínico Exma. Senhora Enf.ª Elisa Cruz vimos informar que indigitou-se as Enfermeiras abaixo mencionadas:

- Enfermeira Graduada: Natércia Maria Ramos dos Reis
- Enfermeira Especialista: Laurinda Maria Martins Oliveira

Mais informo que o contacto electrónico é o mesmo para as 2 Enfermeiras: [saudeescolarvc@gmail.com](mailto:saudeescolarvc@gmail.com)

Com os melhores cumprimentos,

**Tânia Neto**

Unidade de Apoio à Gestão



**ACES Grande Porto V – Póvoa de Varzim/Vila do Conde**

Rua Dr. António José Sousa Pereira, s/n

4480-807 Vila do Conde

Telefone: 252 299 030

Fax: 252 299 033

[acespovoa-vconde@csvconde.min-saude.pt](mailto:acespovoa-vconde@csvconde.min-saude.pt)

---

**De:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes [mailto:saudade.lopes@ipleiria.pt]

**Enviada:** quinta-feira, 8 de Setembro de 2011 18:24

**Para:** acespovoa-vconde@csvconde.min-saude.pt

**Assunto:** Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Exmo/a Senhor/a Director/a

Anexo um pedido de colaboração e agradeço a vossa melhor atenção.

Com os melhores cumprimentos

Maria Saudade Oliveira Custódio Lopes

Enfermeira

Professora Adjunta

.....

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Leiria



## Indicação de peritos

Amélia Tomás [Amelia.Tomas@ulsm.min-saude.pt]

**Enviado:** sexta-feira, 16 de Setembro de 2011 13:46

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

**Cc:** Ana Vieira [Ana.Vieira@ulsm.min-saude.pt]; Alexandra Correia [Alexandra.Correia@ulsm.min-saude.pt]

---

Boa tarde

Em resposta à vossa solicitação indico as Sras. enfermeiras especialistas em saúde Infantil e pediátrica que exercem a sua actividade na UCC da S. da Hora e que estão disponíveis para colaborar na investigação:

Ana Rita Vieira – [ana.vieira@ulsm.min-saude.pt](mailto:ana.vieira@ulsm.min-saude.pt)

e Alexandra Correia – [alexandra.correia@ulsm.min-saude.pt](mailto:alexandra.correia@ulsm.min-saude.pt)

Bom trabalho

**Com os melhores cumprimentos,**

**Amélia Tomás**

**(Vogal do Conselho Clínico do ACES da ULSMatosinhos)**

**E-mail: amelia.tomas@ulsm.min-saude.pt**

**Telef.: 912790555- 7801**



## **Fwd: FW: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento**

ACES Gondomar Conselho Clínico [aces.gondomar.cc@gmail.com]

**Enviado:** quinta-feira, 15 de Setembro de 2011 10:51

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

---

Bom dia  
Enfª Saudade

cá vai o contacto da colega que faltava:

- Enfª Maribel Santos - [maribelsfernandes@gmail.com](mailto:maribelsfernandes@gmail.com) - Tlm: 925090714  
Com os melhores cumprimentos,  
Cristina Pascoal

----- Mensagem encaminhada -----

De: **ACES Gondomar Conselho Clínico** <[aces.gondomar.cc@gmail.com](mailto:aces.gondomar.cc@gmail.com)>

Data: 14 de Setembro de 2011 10:22

Assunto: Re: FW: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Para: [saudade.lopes@ipleiris.pt](mailto:saudade.lopes@ipleiris.pt)

Bom dia  
Srª Enfª Maria Saudade

na sequência desta solicitação, reencaminhei o seu pedido para duas colegas do ACES que penso estejam dentro dos critérios que pediu: São ambas Enfªs Chefes com especialidade de saúde infantil e coordenadoras de duas UCC.

Por motivo de férias, só obtive resposta ainda de uma das colegas, da qual lhe envio os contactos:  
- Enfª Isabel Babo - [babo.isabel@gmail.com](mailto:babo.isabel@gmail.com) - Tlm: 961911405

Mal tenha outra resposta, também lhe envio

Com os melhores cumprimentos,  
Cristina Pascoal  
Enfª Vogal Conselho Clínico  
ACES Gondomar

No dia 10 de Setembro de 2011 15:10, Carlos Nunes <[cnunes@arsnorte.min-saude.pt](mailto:cnunes@arsnorte.min-saude.pt)> escreveu:

Com os cumprimentos de

**Carlos Nunes**  
*Director Executivo*

ACES Gondomar  
[cnunes@arsnorte.min-saude.pt](mailto:cnunes@arsnorte.min-saude.pt)  
[nunes.carlos@gmail.com](mailto:nunes.carlos@gmail.com)  
Rua Actor Mário Viegas  
4435-076 Rio Tinto  
[+351 22 466 3133](tel:+351224663133)  
[+351 96 131 4152](tel:+351961314152)

Antes de imprimir este e-mail pense bem se tem mesmo que o fazer  
Proteja o ambiente

----- Mensagem encaminhada -----

De: ACES Gondomar <[acesgondomar@csriotinto.min-saude.pt](mailto:acesgondomar@csriotinto.min-saude.pt)>

Data: 9 de Setembro de 2011 09:07

Assunto: FW: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Para: Carlos Nunes <[cnunes@arsnorte.min-saude.pt](mailto:cnunes@arsnorte.min-saude.pt)>

---

**De:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes [mailto:[saudade.lopes@ipleiria.pt](mailto:saudade.lopes@ipleiria.pt)]

**Enviada:** quinta-feira, 8 de Setembro de 2011 18:20

**Para:** [acesgondomar@csriotinto.min-saude.pt](mailto:acesgondomar@csriotinto.min-saude.pt)

**Assunto:** Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Exmo/a Senhor/a Director/a

Anexo um pedido de colaboração e agradeço a vossa melhor atenção.

Com os melhores cumprimentos

Maria Saudade Oliveira Custódio Lopes

Enfermeira

Professora Adjunta

.....

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Leiria

## Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Secretariado SRSViseu [secret@srsviseu.min-saude.pt]

**Enviado:** quarta-feira, 14 de Setembro de 2011 16:24

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

---

Boa tarde,

Em resposta ao pedido efectuado, envio o nome e endereço electrónico das Senhoras Enfermeiras, ambas com Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica:

Enf.<sup>a</sup> Olga Bonito - UCSP Coração de Viseu  
olgabonito@gmail.com

Enf.<sup>a</sup> Paula Pinho - USF Lusitana  
alegriapaula@hotmail.com

Com os meus cumprimentos,

Maria Helena Rebelo

>  
>  
>  
>  
> De: Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes  
> [<mailto:saudade.lopes@ipleiria.pt>]  
> Enviada: quinta-feira, 8 de Setembro de 2011 22:19  
> Para: csviseul@srsviseu.min-saude.pt  
> Assunto: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento  
>  
>  
>  
>  
> Exmo/a Senhor/a Director/a  
>  
> Anexo um pedido de colaboração e agradeço a vossa melhor atenção.  
>  
> Com os melhores cumprimentos  
>  
>  
>  
> Maria Saudade Oliveira Custódio Lopes  
>  
> Enfermeira  
>  
> Professora Adjunta  
>  
> .....  
>  
> Escola Superior de Saúde  
>  
> Instituto Politécnico de Leiria

>  
>

--

Maria Helena Rebelo

\*Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico\*

Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões I

Av. António José de Almeida

3514-511 Viseu

Telef. 232 419 900

## **FW: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento**

Vera Pinto [vera.pinto@cstvedras.min-saude.pt]

**Enviado:** quarta-feira, 14 de Setembro de 2011 14:19

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

**Cc:** Emilia A T R C Soveral [emilia.soveral@cstvedras.min-saude.pt]; cilita.roque@hotmail.com

**Anexos:** Oeste sul- questionário a ~1.doc (57 KB) ; questionário.pdf (95 KB)

---

Exma. Senhora Enfermeira,

A pedido da Dra. Manuela Pinto, Presidente do Conselho Clínico do ACES Oeste Sul, sou pelo presente a sugerir os contactos solicitados das Enfermeiras Especialistas na área, a fim de responderem ao questionário:

Enf. Emilia Soveral – USF GAMA (Centro de Saúde de Torres Vedras) –  
[emilia.soveral@cstvedras.min-saude.pt](mailto:emilia.soveral@cstvedras.min-saude.pt)

Enf. Cecília Roque – UCC Lourinhã (CS Lourinhã) – [cilita.roque@hotmail.com](mailto:cilita.roque@hotmail.com)

Com os melhores cumprimentos,

Vera Veiga Pinto  
Secretariado da Direcção  
ACES Oeste Sul

---

**De:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes [mailto:saudade.lopes@ipleiria.pt]

**Enviada:** sex 09-09-2011 9:34

**Para:** geral@cstvedras.min-saude.pt

**Assunto:** Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Exmo/a Senhor/a Director/a

Anexo um pedido de colaboração e agradeço a vossa melhor atenção.

Com os melhores cumprimentos

Maria Saudade Oliveira Custódio Lopes  
Enfermeira  
Professora Adjunta

.....  
Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Leiria



**FW: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento**

MFernanda Marreiros [MFernanda.Marreiros@alentejocentral2.min-saude.pt]

**Enviado:** quarta-feira, 14 de Setembro de 2011 11:04  
**Para:** MAntonia Martins [MAntonia.Martins@usfplanicie.min-saude.pt]; MTeresa Murteira [MTeresa.Murteira@alentejocentral2.min-saude.pt]; Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes  
**Cc:** Exec ACentral2 [exec@alentejocentral2.min-saude.pt]  
**Importância:** Alta  
**Anexos:** Alentejo Central II- quest~1.doc (57 KB) ; questionário[1].pdf (95 KB)

---

Caras Colegas

Serve o presente mail para participação no estudo de investigação solicitado pela Sr.<sup>a</sup> Enfermeira M<sup>a</sup> Saudade, após autorização do Sr. director Executivo.  
Ao dispor.

**Fernanda Oliveira**

Vogal do Conselho Clínico  
Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central II  
Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P.  
Rua Ferragial do Poço Novo  
7000 – 747 Évora  
Tel.: +351 266 739 310 - ext. 415  
Fax: +351 266 744 341

---

**De:** Exec ACentral2  
**Enviado:** quarta-feira, 14 de Setembro de 2011 10:38  
**Para:** MFernanda Marreiros  
**Assunto:** RE: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Concordo e autorizo

---

**De:** MFernanda Marreiros  
**Enviado:** quarta-feira, 14 de Setembro de 2011 10:25  
**Para:** Exec ACentral2  
**Assunto:** FW: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Exmo. Director Executivo

Na sequência deste pedido, venho por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para nomeação de dois enfermeiros para participarem no estudo de investigação.  
De acordo com os critérios estabelecidos no ofício pela Enfermeira Maria Saudade, as Enfermeiras Maria Teresa Murteira e Antónia Martins, reúnem os critérios.  
Proponho o estabelecimento das seguintes estratégias:

1. Após a sua autorização contactar as enfermeiras mencionadas
2. Envio do mail com questionário para as enfermeiras com conhecimento à Sr.<sup>a</sup> Enfermeira M<sup>a</sup> Saudade
3. Após preenchimento do questionário as enfermeiras do ACES enviam mail à Sr.<sup>a</sup> Enfermeira M<sup>a</sup> Saudade, com conhecimento ao Director Executivo e enfermeira Fernanda Oliveira.

Aguardo autorização.

**Fernanda Oliveira**

Vogal do Conselho Clínico  
Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central II  
Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P.  
Rua Ferragial do Poço Novo  
7000 – 747 Évora  
Tel.: +351 266 739 310 - ext. 415

Fax: +351 266 744 341

---

**De:** ACES ACentral2

**Enviado:** sexta-feira, 9 de Setembro de 2011 11:49

**Para:** Exec ACentral2; MFernanda Marreiros

**Assunto:** FW: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

ACES Alentejo Central II  
Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.  
Rua Ferragjal do Poço Novo  
7000-747 Évora  
Tel. 266 739 310  
Fax 266 744 341

---

**De:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes [saudade.lopes@ipleiria.pt]

**Enviado:** sexta-feira, 9 de Setembro de 2011 9:46

**Para:** ACES ACentral2

**Assunto:** Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Exmo/a Senhor/a Director/a

Anexo um pedido de colaboração e agradeço a vossa melhor atenção.

Com os melhores cumprimentos

Maria Saudade Oliveira Custódio Lopes

Enfermeira

Professora Adjunta

.....

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Leiria

## **FW: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento**

Carla Janela [carla.janela@csodivelas.min-saude.pt]

**Enviado:** quarta-feira, 14 de Setembro de 2011 10:05

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

**Cc:** Célia Palmeiro [celia.palmeiro@csodivelas.min-saude.pt]; M<sup>a</sup> Margarida Vale [margarida.vale@csodivelas.min-saude.pt]; Nelson Viegas [nelson.viegas@csodivelas.min-saude.pt]

**Anexos:** Grande Lisboa V- questioná~1.doc (56 KB) ; questionário.pdf (95 KB)

---

Bom dia

Venho por este meio indicar, de acordo com o solicitado o contacto de dois enfermeiros para que possam colaborar no trabalho de investigação.

Enfermeira Célia Palmeiro – [celia.palmeiro@csodivelas.min-saude.pt](mailto:celia.palmeiro@csodivelas.min-saude.pt)

Enfemeiro Nelson Viegas – [nelson.viegas@csodivelas.min-saude.pt](mailto:nelson.viegas@csodivelas.min-saude.pt)

Atenciosamente,

**Carla Janela**

Enfermeira com funções de chefia

Centro de Saúde de Odivelas

ACES Odivelas

---

**De:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes [mailto:saudade.lopes@ipleiria.pt]

**Enviada:** quinta-feira, 8 de Setembro de 2011 23:15

**Para:** M<sup>a</sup> Margarida Vale

**Assunto:** Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Exmo/a Senhor/a Director/a

Anexo um pedido de colaboração e agradeço a vossa melhor atenção.

Com os melhores cumprimentos

Maria Saudade Oliveira Custódio Lopes

Enfermeira

Professora Adjunta

.....

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Leiria



**FW: Pedido de indicação de peritos para umestudo de doutoramento**

Cristina Correia [cristina.correia@csqueluz.min-saude.pt]

**Enviado:** terça-feira, 13 de Setembro de 2011 17:11  
**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes  
**Importância:** Alta  
**Anexos:** Ind 2 peritos.jpg (75 KB)

---

Ex.ª Sr.ª Prof. Maria Saudade Lopes

Junto envio parecer/despacho ao pedido identificado em epígrafe.

Para os devidos efeitos, informamos sobre os contactos das profissionais identificadas:

- Enfermeira **Ana Maria Faria** integra a Unidade de Cuidados na Comunidade Cacém Care – Tel: 21 913 89 48 (secretariado); e-mail: [ana.faria@cscacem.min-saude.pt](mailto:ana.faria@cscacem.min-saude.pt)
- Enfermeira **Elsa Ramos** integra a Unidade de Cuidados na Comunidade Abraçar Queluz – Tel: 21 439 85 86 (secretariado); e-mail: [elsa.ramos@csqueluz.min-saude.pt](mailto:elsa.ramos@csqueluz.min-saude.pt)

Informamos ainda, que foi dado conhecimento sobre a autorização do pedido e do questionário a aplicar.

Pela pertinência da temática e interesse para o desenvolvimento de práticas de qualidade, demonstramos, desde já, o nosso interesse em conhecer os resultados do estudo.

Votos de êxito para o trabalho.  
Com os melhores cumprimentos,

***Cristina Correia***

**Enf.ª Chefe e Vogal do Conselho Clínico**  
ACES X: Cacém/Queluz - Unidade de Massamá  
Rua Teixeira Pascoais  
2745-852 MASSAMÁ  
Tel: 21 439 85 79  
Fax: 21 439 85 84  
e-mail: [cristina.correia@csqueluz.min-saude.pt](mailto:cristina.correia@csqueluz.min-saude.pt)

---

**De:** vpimpao@sapo.pt [mailto:vpimpao@sapo.pt]  
**Enviada:** terça-feira, 13 de Setembro de 2011 00:39  
**Para:** Cristina Correia  
**Cc:** Conselho Clínico; mariaceuferreira5  
**Assunto:** FW: Pedido de indicação de peritos para umestudo de doutoramento

Sr.ª Enf. Vogal do CC, Cristina Correia

Agradeço parecer sobre o solicitado

Atentamente  
Violeta Pimpão  
Presidente do Conselho Clínico  
ACES X Cacém/Queluz  
R.do Olival, 13/15  
2735 Cacém  
telef.: 21 913 89 03/09

---

**De:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes [mailto:saudade.lopes@ipleiria.pt]  
**Enviada:** quinta-feira, 8 de Setembro de 2011 23:20  
**Para:** acesx@csqueluz.min-saude.pt  
**Assunto:** Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Exmo/a Senhor/a Director/a

Anexo um pedido de colaboração e agradeço a vossa melhor atenção.

Com os melhores cumprimentos

Maria Saudade Oliveira Custódio Lopes

Enfermeira

Professora Adjunta

.....

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Leiria

----- Finalizar mensagem encaminhada -----

**RE: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento**

Eugénia Morais [eugenia.morais@chc.min-saude.pt]

**Enviado:** terça-feira, 13 de Setembro de 2011 10:58**Para:** Antonio Sampaio [antonio.sampaio@chc.min-saude.pt]**Cc:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

---

Conforme solicitado, seguem os nomes:

Maria Cândida Gomes Carreira - Enfermeira Chefe: [candida.carreira@chc.min-saude.pt](mailto:candida.carreira@chc.min-saude.pt)Maria de Fátima Ferros Martins – Enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e Pediátrica:  
[fatima.martins@chc.min-saude.pt](mailto:fatima.martins@chc.min-saude.pt); [mfatimafferros@gmail.com](mailto:mfatimafferros@gmail.com)

---

**De:** Antonio Sampaio [mailto:antonio.sampaio@chc.min-saude.pt]**Enviada:** segunda-feira, 12 de Setembro de 2011 9:38**Para:** 'Eugénia Morais'**Assunto:** FW: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Eugénia

Para o tu  encaminhamto

---

*António Sampaio Monteiro*  
Enfermeiro Director do CHC, EPE  
Telefone: 239800106

CONFIDENCIAL: Esta mensagem (e eventuais ficheiros anexos) é destinada exclusivamente às pessoas nela indicadas e tem natureza confidencial. Se receber esta mensagem por engano, por favor contacte por e-mail ou por telefone e elimine a mensagem e ficheiros, sem tomar conhecimento do respectivo conteúdo e sem reproduzi-los ou divulgá-los.

---

**De:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes [mailto:saudade.lopes@ipleiria.pt]**Enviada:** sexta-feira, 9 de Setembro de 2011 15:05**Para:** antonio.sampaio@chc.min-saude.pt**Assunto:** Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Dignissimo Enfermeiro Director e estimado colega Sampaio

Possivelmente não se lembra de mim, pois os nossos contactos foram essencialmente das antigas reuniões de enfermeiros directores.

Actualmente estou na Escola de Leiria

Solicito-lhe a melhor atenção para um pedido de colaboração que anexo e que é dirigido para a área pediátrica.

Com gratidão e cumprimentos da colega ao dispor

Maria Saudade Oliveira Custódio Lopes

Enfermeira  
Professora Adjunta.....  
Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Leiria



## **Pedido de Indicação de Peritos para um Estudo de Doutoramento**

Paula Realista [prealista@csseixal.min-saude.pt]

**Enviado:** segunda-feira, 12 de Setembro de 2011 17:18

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

---

Ex.<sup>a</sup> Senhora Enfermeira  
Maria Saudade Oliveira Custódio Lopes

Em resposta ao seu pedido para indicação de dois peritos na área de enfermagem para validação de áreas de intervenção de enfermagem no apoio da parentalidade positiva, no âmbito de um estudo de Doutoramento em Enfermagem, indicamos as senhoras enfermeiras:

Amélia Silva – [ameliasilva@csamora.min-saude.pt](mailto:ameliasilva@csamora.min-saude.pt)  
Fernanda Palma – [fernandap@csamora.min-saude.pt](mailto:fernandap@csamora.min-saude.pt)

Com os melhores cumprimentos

Paula Realista  
Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico  
ACES Seixal – Sesimbra  
Telem: 966483321



## **FW: Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento**

Enfº Director Eduardo Alves [eduardoalves.ca@chporto.min-saude.pt]

**Enviado:** segunda-feira, 12 de Setembro de 2011 12:47

**Para:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

**Importância:** Alta

---

Bom Dia Srª Enfª Maria da Saudade Lopes

O Centro Hospitalar do Porto (CHP), está disponível para colaborar na realização do seu trabalho.

Para o efeito os peritos serão:

Enfª M. Amélia José Monteiro

[amelia.jose@gmail.com](mailto:amelia.jose@gmail.com) e

Enfª Manuela Aguilar

[manuelaaguilar.dca@chporto.min-saude.pt](mailto:manuelaaguilar.dca@chporto.min-saude.pt)

As colegas já foram contactadas e fica com os seus email's para futuro contacto. Desejo-lhe um bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos.

Eduardo Alves  
Enfº Director CHP

---

**De:** Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes [mailto:saudade.lopes@ipleiria.pt]

**Enviada:** sexta-feira, 9 de Setembro de 2011 14:12

**Para:** consadmn@hgsa.min-saude.pt

**Assunto:** Pedido de indicação de peritos para um estudo de doutoramento

Exmo/a Senhor/a Director/a

Anexo um pedido de colaboração e agradeço a vossa melhor atenção.

Com os melhores cumprimentos

Maria Saudade Oliveira Custódio Lopes

Enfermeira

Professora Adjunta

.....

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Leiria

