



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

Práticas disciplinares parentais: Perceções e práticas dos profissionais de saúde infantil

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Mariana Ribeiro Pinho

Porto, julho 2019



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

Práticas disciplinares parentais: Perceções e práticas dos profissionais de saúde infantil

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Mariana Ribeiro Pinho

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Mariana Negrão
Professora Doutora Lurdes Veríssimo

Porto, julho 2019

Agradecimentos

Um *agradecimento verdadeiro* a quem se dedicou a mim e ao meu trabalho. À Professora Mariana e à Professora Lurdes. Um obrigada conjunto pelos incentivos constantes após as lágrimas do caminho. Por me brindarem de sabedoria e atenção. Por caminharem ao meu lado em todo o percurso, me ensinarem a rir nos dias mais escuros e me fazerem querer ser melhor a cada reunião. Um capítulo que foi breve, mas que teve o maior significado.

À Professora Vânia pelos momentos de escuta, palavras honrosas e visão crítica. Por me guiar na incerteza, sem me comunicar o caminho.

À Professora Luísa Campos por ter confiado em mim numa brisa breve. Por depositar nos meus ombros a responsabilidade de *ser-se uma Senhora*.

À Daniela, por partilhar comigo as incertezas, as inseguranças, as noites mal dormidas, as gargalhadas e a luta que delineou este percurso. Por, ao longo deste ano, desfrutarmos as fragilidades uma da outra e, ainda assim, termos sido felizes.

À Sara pela amabilidade constante para ouvir e ser ouvida. Pela coragem, força e *anti-fragilidade*. Por ser uma constante aprendizagem. Sobre a psicologia e sobre a vida. Por ser única e, sem se aperceber, segura na insegurança ao longo do caminho.

Aos meus avós, pelo carinho, pela simplicidade e genuinidade. Obrigada por poder guiar-me pelo amor mais belo que já senti.

À minha Madrinha, por com todos os incentivos silenciosos, segredos de conquista e sorrisos impulsionadores de sucesso me fez querer continuar dia após dia. Por, em cada abraço, me aquecer o coração.

Ao meu companheiro de todos os dias. Que lutou, de dedos entrelaçados nos meus, em ânsia por este momento. Que, mesmo com todas as minhas confidências, decidiu ficar. Por ser o meu porto seguro, a minha força e os meus momentos de descontração. Ao Mauro, um sincero e apaixonante obrigada.

Aos meus pais, por me acolherem as lágrimas e me abraçarem em gargalhadas que consolam. Por me incentivarem a ser o melhor que eu posso ser. Por tornarem possível este percurso e nunca desistirem de mim. Por, com todo o vosso amor, me embalarem na consciência da realidade. A vocês, a minha total gratidão.

Índice

Agradecimentos	I
Índice de anexos	III
Resumo	IV
Abstract	IV
I- Introdução	1
II- Enquadramento teórico	2
A parentalidade	2
O papel dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários	5
III- Método	7
Objetivo geral e objetivos específicos	8
Instrumentos	9
Procedimento de Recolha de Dados	10
Procedimento de Tratamento e Análise dos Dados	11
IV- Apresentação e Discussão dos Resultados	11
V- Conclusão	25
Referências bibliográficas	28

Índice de anexos

Anexo 1. Guião de Entrevista Semiestruturado para Profissionais de Saúde sobre Práticas Disciplinares Parentais	38
Anexo 2. Questionário Sociodemográfico	42
Anexo 3. Declaração de Consentimento Informado	43
Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias	44

Resumo

O presente estudo exploratório pretende analisar as crenças e percepções dos profissionais de saúde acerca das práticas disciplinares parentais em crianças dos três aos seis anos. Participaram 11 profissionais de saúde, nomeadamente, médicos e enfermeiros de família com diferentes graus de experiência, de unidades dos Cuidados de Saúde Primários do distrito do Porto. Utilizando-se uma metodologia qualitativa, os dados foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada que nos permitiu aceder à experiência individual e clínica dos profissionais acerca desta problemática, possibilitando uma maior sensibilidade para as interpretações e significações atribuídas aos fenómenos em análise. Os resultados parecem apontar para um tipo de aconselhamento baseado em experiência adquirida mais do que em evidência. A maioria dos participantes reprova o uso de práticas disciplinares coercivas, no entanto, observa-se, ainda, a legitimação destas práticas pelos restantes. No momento atual, os resultados alertam para a necessidade de intervenção e apoio na formação destes profissionais.

Palavras-chave: práticas disciplinares parentais; aconselhamento; cuidados de saúde primários, idade pré-escolar, formação de profissionais

Abstract

The present exploratory study aims to analyse the beliefs and perceptions of health professionals about parental disciplinary practices in preschoolers. In the study have participated eleven health professionals, including physicians and family nurses with different levels of experience, from primary health care units in the district of Oporto. Following a qualitative methodology, the data were collected through a semistructured interview, that allowed us to access the individual and clinical experience of the professionals, enabling a greater sensitivity for the interpretations and meanings attributed to the phenomena under analysis. The results show a counselling based on the acquired experience rather than evidence-based. Most of the participants reject the use of coercive disciplinary practices, however, the legitimacy of these practices by the others is still observed. Currently, the results alert to the need for intervention and support in the training of health professionals.

Key-words: parental disciplinary practices, counselling, primary health care settings, preschoolers, training of professionals

I- Introdução

É evidente na literatura o destaque dos primeiros anos de vida da criança para o desenvolvimento da personalidade, autonomia, relacionamento interpessoal e resiliência psicológica no decurso do ciclo de vida (Joly, Dias & Marini, 2009; Verschueren, 2019). E, desde o nascimento dos filhos que é exigido aos pais o desempenho de funções inerentes ao exercício da parentalidade para as quais nem sempre estão preparados (Abreu-Lima, 2018), podendo o processo de individualização das crianças tornar-se um desafio (Papalia & Feldman, 2013).

Neste sentido e, avaliando a relevância do período pré-escolar para o desenvolvimento de aptidões sociais e problemas de comportamento, é nesta fase que o papel dos pais e as práticas disciplinares parentais por estes adotadas assumem especial importância em termos de adaptação ao presente e no prognóstico de problemas futuros (Njoroge & Bernhart, 2011).

Consequentemente, e sabendo que os pais têm a necessidade de receber orientação para os guiar na educação (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Taylor, McKasson, Hoy & DeJong, 2017), os profissionais de saúde cumprem uma função relevante na educação e aconselhamento dos cuidadores relativamente às práticas disciplinares infantis (Hardyment, 2007; Regalado, Larson, Wissow & Halfon, 2010), sendo considerados um recurso de *coping* face às dificuldades dos mesmos (Lopes, Lopes, Catarino & Dixe, 2010).

De forma sumária e considerando os fatores acima supracitados, importa analisar as crenças e perceções dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros e médicos de família, acerca das práticas disciplinares parentais em crianças dos três aos seis anos, dado que são um veículo de ligação e transmissão de informação, validado pelos cuidadores e a ter em consideração para posterior atuação prática (Rooke, Thompson & Day, 2004). Corroborando esta necessidade e substanciando a pertinência do estudo, não foram encontrados estudos nem instrumentos acerca desta temática associada aos profissionais de saúde no âmbito nacional, sendo este estudo exploratório sobre um objeto verdadeiramente estimulante e desafiador.

II- Enquadramento teórico

A parentalidade

A família é considerada essencial para a aprendizagem de valores, normas e crenças (Gallarin & Alonso-Arbiol, 2012). As figuras parentais são consideradas o suporte fundamental na promoção do desenvolvimento saudável da criança, com a responsabilidade correspondente à evolução, capacidade de socialização, apoio, afeto, tomada de decisão, disciplina e escolaridade até que a criança se afigure como capaz (Sanders & Mazzucchelli, 2018; Stafford, Kuh, Gale, Mishra & Richards, 2016; Suldo & Fefer, 2013). Assim sendo, é no contexto familiar, no exercício da parentalidade e nas interações de pais e filhos que as crianças apreendem conhecimentos baseados no sentido de autoridade e nas formas de lidar com o conflito (Alarcão, 2006).

Este exercício da parentalidade inclui cinco funções: a satisfação de necessidades básicas ao nível da alimentação, higiene, conforto e saúde; organização dos espaços, objetos e rotina, que reflita uma perceção de previsibilidade; integração da criança na comunidade com a interiorização de normas e valores, em que a família se constitui o primeiro modelo; satisfação das necessidades de segurança, afeto e confiança, com a constituição de uma relação de vinculação segura; e, por último, responsividade quanto às necessidades de interação e integração social da criança (Cruz & Ducharme, 2006). Hoghughi (2004), baseado nas propostas de Bronfenbrenner (1986) e de Belsky (1984) e nos resultados das suas investigações, propôs um modelo integrativo acerca dos elementos constituintes do conceito de parentalidade. Este modelo assegura onze dimensões da parentalidade e divide-se em atividades parentais (indispensáveis para uma parentalidade adequada, que inclui o cuidado, o controlo e disciplina e o desenvolvimento), áreas funcionais (que inclui a saúde física, a saúde mental, o comportamento social e o funcionamento educativo e social) e pré-requisitos (fatores necessários para o desenvolvimento da parentalidade, sendo eles o conhecimento e compreensão, recursos, motivação e oportunidades).

Uma parentalidade efetiva envolve ensinar à criança os limites do que é ou não aceitável, levando-a a compreender os valores e as atitudes esperadas no seio familiar e na sociedade em geral (Smith, 2005). Deste modo, o exercício da parentalidade consiste nas ações e atitudes parentais com vista a assegurar o desenvolvimento da criança, com o propósito de que este decorra proporcionando o maior bem-estar possível (Barroso & Machado, 2010).

A disciplina parental, compondo uma das dimensões para uma parentalidade adequada, tem como objetivo instruir/ensinar e engloba práticas disciplinares que os pais utilizam para desencorajar comportamentos inadequados e promover a confiança dos filhos (Smith, 2005), preparando as crianças para desenvolver o autocontrole, competência e cuidado com os outros (Howard, 1996). Hoffman (1970) afirma que existem três técnicas básicas usadas: a afirmação do poder, a retirada de amor e a indução. A afirmação do poder e a retirada de amor têm como pressuposto evocar o medo e são abordagens consideradas coercivas com o uso de castigos corporais, expressão de raiva e insatisfação com o comportamento manifestado pela criança. A indução é considerada uma abordagem positiva que objetiva a mudança de comportamento por meio de persuasão e decisões pessoais, promovendo o comportamento pró-social e o desenvolvimento de uma identidade moral (Patrick & Gibbs, 2012).

Deste modo, quanto às práticas disciplinares, estas são descritas como um conjunto de comportamentos que os pais elegem para utilizar na educação dos filhos, com um objetivo específico a atingir. Definem-se como métodos, técnicas ou estratégias aplicadas pelos pais, com impacto direto no desenvolvimento de comportamentos específicos e característicos das crianças (Darling & Steinberg, 1993), que assentam na extinção de comportamentos que se traduzem indesejáveis e na promoção de comportamentos tipicamente desejáveis (Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004).

Relativamente às práticas disciplinares denominadas inadequadas (negativas ou coercivas) tipificam-se pelo uso direto da força e do poder, com inclusão de punição física, ameaça e privação de direitos e privilégios (Cecconello, De Antoni & Koller 2003; Webster-Stratton, 2013; Sanders & Mazzuchelli, 2018). Estas práticas, frequentemente, acarretam emocionalidade negativa o que, para além de se traduzir numa baixa probabilidade de compreensão da consequência negativa do comportamento que teve, também fará com que haja uma dificuldade no entendimento das vantagens na modificação do mesmo (Alvarenga & Piccinini, 2001; Bem & Wagner, 2006). Do mesmo modo, estas práticas podem ocasionar diversas consequências negativas para as crianças (Gershoff & Grogan-Kaylor, 2016), incluindo comportamentos disruptivos e de agressividade (e.g., Whiteside-Mansell Bradley & McKelvey, 2009; Benzie, Keown & Magill-Evans, 2009), depressão ou autodestruição (e.g., Taillieu, Brownridge, Sareen & Afifi, 2016) e transferência de crenças assentes na viabilidade da punição física para a resolução de problemas (e.g., Nanda, Kotchick & Grover, 2012; Nelson, Yang, Coyne, Olsen & Hart, 2013). Considera-se que a utilização de práticas parentais inadequadas, baseadas numa educação coerciva como a falta de atenção e afeto, a ausência de

disciplina e a adoção de castigos inconsistentes podem desencadear comportamentos agressivos (Taillieu, Brownridge, Sarren & Afifi, 2016).

Weber, Stasiak e Brandenburg (2003) realizaram uma investigação em que a percepção de um grupo de adolescentes acerca da sua autoestima apresenta uma correlação positiva com a educação parental adotada ao longo do desenvolvimento dos indivíduos, incluindo comunicação positiva, o envolvimento emocional, regras, reforço, clima conjugal positivo e sentimentos positivos face aos progenitores. No que concerne a castigos punitivos e a comunicação negativa, os resultados apresentam uma correlação negativa significativa na autoestima. Estes autores concluem que um ambiente familiar adequado contribui, em larga medida, para a promoção da autoestima nos adolescentes (2003). De acordo com Pereira e Alarcão (2014), as práticas parentais coercivas revelam-se um sinal da precária qualidade dos cuidados parentais, comparativamente às práticas educativas positivas.

Assim, inúmeros estudos expõem um conjunto de práticas disciplinares positivas promotoras do funcionamento adaptativo da criança, podendo ser vistas como fatores protetores para o desenvolvimento dos indivíduos, a nível emocional (Sandler, Schoenfelder, Wolchik & Mackinnon, 2011; Sanders & Mazzucchelli, 2018) e comportamental (Patias, Siqueira & Dias, 2013). Incluem, não só o afeto, o reforço, a comunicação (Alvarenga, & Piccinini, 2001) e a empatia (Bem & Wagner, 2006), como também o estabelecimento de limites e a disciplina, sendo essenciais para o desenvolvimento (Patias, Siqueira & Dias, 2013). Verificam-se, entre estas práticas, a aceitação parental e um ambiente seguro, a sensibilidade e responsividade parental, o uso de disciplina assertiva e positiva, estimulação parental e o evitamento do recurso à disciplina coerciva (Webster-Stratton, 2013; Whiteside-Mansell, Bradley & McKelvey, 2009). Estão, deste modo, assentes na explicação de regras, princípios e valores, demonstrando também o desejo dos progenitores face à alteração do comportamento, aconselhando e orientando o foco das crianças para as consequências de determinado comportamento (Sanders & Mazzucchelli, 2018).

Segundo Kobarg, Sachetti e Vieira (2006), as práticas disciplinares parentais têm por base crenças parentais. Estas crenças face ao entendimento do desenvolvimento infantil são adquiridas culturalmente e construídas conforme a percepção de cada cuidador acerca do mundo, sendo construídas tendo em conta as experiências sociais e culturais vivenciadas (Whiteside-Mansell, Bradley & McKelvey, 2009), auxiliando no comportamento adotado perante a educação dos filhos. As crenças acerca da educação podem ser influenciadas pelo contexto, pela idade dos progenitores, pela etnia, a própria vivência da parentalidade, as experiências

precoces e as relações entre pais e filhos (Bowlby, 1989; Bronfenbrenner, 1986; Scott & Hill, 2001).

Neste sentido, o papel dos profissionais de saúde assume especial importância, porém, o aconselhamento fornecido é, também ele, baseado em crenças anteriores à prestação de apoio às famílias (Dunst, Trivette Davis, & Cornwell, 1994).

Dados portugueses, nomeadamente, num estudo de Machado, Gonçalves e Matos (2003), afirmam que os pais com crenças de que a punição física é uma estratégia educativa válida e benéfica, são pais que fazem uso destas mesmas práticas, enquanto que pais que admitem uma posição de menor legitimação destas práticas, fazem menor uso das mesmas. Os mesmos autores referem que em 2000 a punição física continuava a ser uma estratégia disciplinar presente no contexto português como forma de disciplinar as crianças. Ainda, referem que num estudo realizado com 2391 famílias da região Norte do país concluíram que, ainda no ano 2004, 10,3% dos pais admitiram ter utilizado comportamentos disciplinares violentos e que 21,2% assumem adoção de comportamentos de abuso físico e emocional, sendo que, algumas das práticas são utilizadas regularmente (Machado, 2005). Esta legitimação da punição corporal tem por base atitudes culturalmente positivas face ao uso da violência (Machado, 2005).

Sumarizando, existem fatores pessoais e sociofamiliares associados às crenças do benefício da utilização de punição corporal que englobam o desconhecimento ou a incapacidade de recorrerem a estratégias disciplinares alternativas (Machado, Gonçalves & Vila-Lobos, 2002) como a frustração parental (Levendosky, Lynch & Graham-Bermann, 2000), o estatuto socioeconómico, acontecimentos de vida negativos, isolamento social, doença mental, relação conjugal disfuncional e stresse (e.g., Clément & Chamberland, 2009). Relativamente à literacia e ao estatuto socioeconómico, pais com baixa literacia, desempregados e com um estatuto socioeconómico baixo tendem a adotar atitudes favoráveis face à disciplina coerciva, em comparação com indivíduos com literacia superior (Ben-Arieh & Haj-Yahia, 2008; Kotchick & Forehand, 2002).

O papel dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) permitem um primeiro contacto e cuidado contínuo direcionado para as famílias (Alpert, 2012). Não raras vezes, ao longo do desenvolvimento das crianças, os pais têm a necessidade de receber orientação para os guiar na educação, recorrendo, em primeira instância, a estes profissionais (Foy, 2010; Gea, Reijneveld,

Wiefferink & Crone, 2008; Reid et al., 2013). Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) refere a relação aos CSP, enaltecendo o compromisso de promoção da informação e sensibilização (Direção-Geral da Educação, n.d.). Neste sentido, os profissionais de saúde cumprem uma função indispensável no aconselhamento dos cuidadores não só no âmbito do desenvolvimento físico, mas também em resposta às dificuldades no exercício da parentalidade que influenciam o desenvolvimento socioemocional das crianças (Hardyment, 2007; Reid et al., 2013; Regalado, Larson, Wissow & Halfon, 2010).

As Unidades de Saúde Familiar (USF) apresentam, desta forma, uma oportunidade para que estes temas sejam abordados em famílias de toda a população, com início precoce e a um baixo custo. A literatura demonstra que os cuidadores assumem os prestadores destes cuidados como fontes de informação a valorizar (Coker, Shaikh & Chung, 2012). Mendelshon e colaboradores (2011) enumeram algumas razões que justificam esta valorização, como a frequência e, praticamente, a universalidade das visitas; a relação entre os pais e os profissionais de saúde; a possibilidade de utilizar as infraestruturas de cuidados de saúde pública existentes; e a ausência de necessidade de viagens adicionais.

Com CSP referimo-nos ao Médicos de Família e aos Enfermeiros de Família que se apresentam como uma fonte credível de apoio para os pais. O uso de uma abordagem de parceria entre médicos e enfermeiros pode resultar numa maior confiança dos pais (Fowler, Dunston, Lee, Rossiter & McKenzie, 2011). Estes profissionais de saúde estão bem posicionados para ajudar os cuidadores a aumentar os níveis de literacia em saúde e a melhorar os resultados não só dos comportamentos infantis, mas também das relações familiares (Mayer, 2011).

No entanto, o que também se pôde afigurar é que uma minoria de pais (entre 25% e 44 %) recebe aconselhamento disciplinar pelos profissionais de saúde nos CSP e muitos pais relatam o quanto beneficiariam de receber este aconselhamento (Regalado, Larson, Wissow & Halfon, 2010).

No que concerne à importância deste serviço, estes profissionais têm a oportunidade de poderem influir o começo e o decurso de problemas familiares e da infância, em virtude do contacto consistente com as famílias e com as crianças (Lavigne et al., 2008; Perrin Sheldrick, McMenemy, Henson & Carter, 2014). Ressalta a posição destes profissionais num lugar privilegiado para a identificação e intervenção precoce nas questões disciplinares com implicações no problemas comportamentais e desenvolvimento psicossocial e emocional (Coker, Shaikh & Chung, 2012; Turner & Sanders, 2006), assumindo real preponderância desta atuação precoce antes dos oito anos, para a redução da escalada de problemas na criança que

pudessem ser comprometedores do seu desenvolvimento adaptativo (Bauer & Webster-Stratton, 2006).

A integração destas questões nos CSP será efetiva se estes profissionais detiverem conhecimentos e formação adequada que lhes permita, face ao comportamento disruptivo das crianças, ao nível desenvolvimental socioemocional e às preocupações parentais, aconselhar em evidência (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Foy, 2010; Turner & Sanders, 2006).

Desta forma, Catalán (2010) evidencia que as orientações dos profissionais de saúde são, não raras vezes, fornecidas sem informação objetiva ou científica (teorias subjetivas). Verifica-se que, se o profissional estiver a viver a parentalidade, a vida pessoal tenha influência, por vezes maior, do que a teoria, tendendo a informação a ser diferente entre os profissionais e a gerar frustração nos pais (Davis, 2012).

Segundo a investigação de Carrasco, Cuadra-Martínez e González (2019) sobre teorias subjetivas e crenças, realizada com profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, entre outros, demonstra resultados em que na atuação dos profissionais de saúde predominam as teorias subjetivas, baseadas em experiências individuais, sejam pessoais ou profissionais (Hatzidimitriadou & Psinos, 2014), em detrimento das teorias científicas (Carrasco, Cuadra-Martínez & González, 2019) ou baseadas em informação apreendida na formação (Cuadra-Martínez, Castro, Vystrčilová & Jancic, 2017).

Um outro aspeto evidenciado pelos estudos é a preocupação referida pelos profissionais de saúde neste contexto, assumindo as suas dúvidas e desconforto, face aos conhecimentos limitados para o aconselhamento nos cuidados de saúde a crianças (Bauer & Webster-Stratton, 2006; Kelleher & Stevens, 2009), assim como a necessidade que sentem em realizar formação complementar (Kolko, Campo, Kelleher & Cheng, 2010; McMenemy Sheldrick & Perrin, 2011).

Objetivando a necessidade e relevância de se estudar a educação e disciplina infantil, apenas se destacam alguns estudos internacionais que descrevam as crenças sobre as práticas disciplinares e sobre o tipo de aconselhamento desses profissionais. O presente estudo refere a pertinência de se continuar a estudar o aconselhamento dos profissionais sobre disciplina, de modo a compreender a origem do tipo de conhecimento aconselhado no contexto português.

III- Método

Para a realização deste estudo privilegiámos uma metodologia qualitativa, tendo em conta que esta abordagem nos permite aceder à experiência individual e clínica dos

profissionais envolvidos nesta problemática, assinalando uma maior sensibilidade para as interpretações e significações atribuídas aos fenómenos em análise.

Objetivo geral e objetivos específicos

O objetivo geral deste estudo exploratório é analisar as crenças e perceções dos profissionais de saúde acerca das práticas disciplinares parentais em crianças dos três aos seis anos, aprofundando os seguintes objetivos específicos: (i) Identificar as preocupações dos profissionais de saúde relativamente à educação de crianças dos três aos seis anos; (ii) Identificar a perceção dos profissionais de saúde sobre as preocupações dos pais relativamente à educação de crianças dos três aos seis anos; (iii) Explorar a perceção dos profissionais de saúde relativamente às práticas disciplinares parentais; (iv) Identificar a perceção dos profissionais de saúde sobre os fatores que determinam a adoção de práticas disciplinares parentais; (v) Identificar o tipo de aconselhamento dos profissionais de saúde a nível das práticas disciplinares parentais; (vi) Identificar a valorização dos profissionais de saúde sobre o seu aconselhamento no âmbito das práticas disciplinares parentais; (vii) Identificar a perceção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os pais fazem do aconselhamento no âmbito das práticas disciplinares parentais.

Participantes

Nesta investigação participaram 11 profissionais de saúde (N=11), sete Médicos de Família e quatro Enfermeiros de Família em que a prática clínica dos mesmos se centra em famílias da comunidade, não clínicas, incluindo crianças entre os três e os seis anos, nas quais este estudo se foca particularmente. Trata-se de uma amostra constituída numa lógica de conveniência (método *snowball*).

Os participantes são, maioritariamente, do sexo feminino, havendo um participante do sexo masculino, sendo que todos os participantes têm filhos. Relativamente à idade, a amostra é diversificada, em que as idades se encontram entre os 30 e os 48 anos (M=39,5; DP=5,538). Dos profissionais entrevistados, todos exercem a sua atuação no contexto de saúde pública, em USF's do grande Porto. A opção por instituições de saúde pública permitiu um aprofundamento na leitura das perceções dos profissionais e maior homogeneidade dos contextos, considerando o enquadramento do estudo.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Participantes	Sexo	Idade	Profissão	Número de anos de serviço
E1	F	30	MGF	7
E2	F	41	MGF	11
E3	F	35	Enf.	13
E4	F	37	MGF	8
E5	F	39	MGF	12
E6	F	48	MGF	26
E7	F	41	MGF	12
E8	F	47	Enf.	24
E9	F	45	Enf.	23
E10	M	37	MGF	12
E11	F	35	Enf.	11

Nota. MGF – Medicina Geral e Familiar; Enf. – Enfermagem.

Instrumentos

Não foram encontrados na literatura instrumentos que apoiem a exploração desta temática. No entanto, foi realizada uma procura e recolha exaustiva do que poderiam ser boas fontes da literatura que pudessem servir de base para o desenvolvimento de um instrumento que nos pudesse auxiliar neste estudo. Neste sentido, foi realizada revisão bibliográfica sobre o tema da parentalidade, educação, práticas parentais e orientações de profissionais de saúde, em que o instrumento Alabama Parenting Questionnaire (Frick, 1991) e trabalhos de autores como, por exemplo, Sanders (2008) e Webster-Stratton (2013) apoiaram o desenvolvimento do *Guião de Entrevista Semiestruturado para Profissionais de Saúde sobre Práticas Disciplinares Parentais* (Pinho, Negrão & Veríssimo, 2019) (Anexo 1). *À posteriori*, o guião foi discutido com dois psicólogos especializados na área da educação e parentalidade.

Guião de Entrevista Semiestruturado para Profissionais de Saúde sobre Práticas Disciplinares Parentais (Pinho, Negrão, & Veríssimo, 2019):

Os tópicos da entrevista procuram corresponder a duas grandes dimensões: 1) *práticas disciplinares parentais* – esta dimensão pretende abordar as crenças e perceções dos

profissionais acerca destas práticas, quais as preocupações e dificuldades dos pais na educação das crianças segundo a percepção dos profissionais de saúde, e, também, visa compreender quais são, na percepção dos participantes, os fatores que influenciam as práticas adotadas pelos pais; 2) *orientação e valorização* – esta dimensão visa compreender, de acordo com a percepção dos participantes, a importância do seu aconselhamento e do seu papel enquanto profissional de saúde nos CSP, de que forma este é valorizado pelos pais, tendo em conta a percepção sobre o impacto do aconselhamento para a posterior prática pelos pais, assim como a disponibilidade e iniciativa dos profissionais para abordar estas questões, com base em que tipo de informações são os aconselhamentos dados aos pais e quais as estratégias principais utilizadas pelos mesmos no aconselhamento.

Questionário sociodemográfico:

Para além do guião de entrevista, foi também utilizada uma ficha para recolha de dados sociodemográficos, incluindo variáveis como idade, sexo, habilitações literárias, número de filhos, contexto de atuação, tempo de serviço e área geográfica (Anexo 2).

Procedimento de Recolha de Dados

Foi realizado um primeiro contacto, via chamada telefónica, com potenciais participantes da rede de contactos da equipa de investigação, explicando os objetivos gerais do estudo. Após a confirmação dos participantes da disponibilidade em participar no estudo, procedeu-se ao agendamento das entrevistas. Desta forma, 10 entrevistas ocorreram em USF's e uma em casa do participante, considerando-se locais de conveniência para os participantes, adequados e com privacidade para o momento de recolha de dados, salvaguardando as questões éticas. Antes de iniciar a entrevista, procedeu-se à apresentação do investigador, explicitando, igualmente, a natureza e objetivos do estudo, assim como garantindo a confidencialidade e anonimato, com a assinatura do consentimento informado (Anexo 3). Aquando do término da entrevista, foi solicitado aos participantes a disponibilidade para responder a questões sociodemográficas, sendo que o questionário foi preenchido pelo entrevistador. Todas as entrevistas foram gravadas em formato áudio com a autorização dos participantes, procedimento que facilitou a sua reprodução e posterior transcrição. Cada entrevista teve uma duração média de cerca de 22 minutos, sendo que a mais longa teve a duração de 38 minutos.

Procedimento de Tratamento e Análise dos Dados

De forma a simplificar o processo, o método de análise de conteúdo foi efetuado com o auxílio do software de análise de dados qualitativos *Qualitative Research Solution (QSR) – Nvivo 8*. Segundo Berelson (1952) “... a análise de conteúdo é uma técnica de investigação para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conjunto manifesto da comunicação...” (p.115). Para iniciar a análise dos dados, as entrevistas foram transcritas na totalidade. Em seguida procedeu-se à leitura flutuante, constituindo uma etapa crucial para aproximação aos dados, dada a valorização das descrições fornecidas pelos participantes. De seguida, o texto foi segmentado em unidades de análise, iniciando a criação de códigos e consequente concetualização progressiva das categorias. Num primeiro momento foram criadas categorias superiores relativas às perceções das práticas disciplinares e da valorização do aconselhamento, com base no guião de entrevista semiestruturado. Num segundo momento, codificaram-se todas as unidades de registo, objetivando-se subcategorias emergentes (e.g., práticas disciplinares positivas; práticas disciplinares negativas; importância do papel do profissional de saúde; fatores que determinam a adoção de práticas), que foram posteriormente analisadas. Cada unidade de registo (palavras e frases para codificação), foi codificada em todas as categorias ajustáveis, ainda que, com carácter e significado único e distinto das demais.

IV- Apresentação e Discussão dos Resultados

Neste ponto serão apresentados e discutidos os dados à luz da literatura, considerando como ponto de partida os objetivos específicos que orientaram esta dissertação. Ao longo do texto, as categorias serão assinaladas a **bold** e as subcategorias a *itálico*, de maneira a facilitar uma melhor compreensão dos dados. É importante referir que, ao longo desta análise, só serão descritos explicitamente os resultados mais expressivos, encontrando-se no Anexo 4 o sistema total de categorias.

Identificar as preocupações dos profissionais de saúde relativamente à educação de crianças dos três aos seis anos

De forma a poder dar resposta ao primeiro objetivo serão consideradas as categorias **Preocupações com as Crianças e Preocupações com a Família**.

Quanto à categoria **Família** (10;43¹¹), podemos verificar mais preocupações dos profissionais de saúde, nomeadamente, no que concerne às *questões idiossincráticas dos pais* (8;23) e à *vivência familiar* (7;16). A maior preocupação no âmbito desta subcategoria prende-se com as *questões idiossincráticas dos pais*, podendo a apreensão com o comportamento dos pais ser organizado em *estilo parental* (7;15) e *expectativas desajustadas* (3;8). Os participantes mencionam como uma preocupação com a educação a adoção de um *estilo parental* desajustado, referindo-se a uma abordagem mais permissiva (e.g., E9: “Falta de disciplina, se calhar podemos falar por aí. A falta de regras, disciplina das crianças hoje em dia.”). Quanto à subcategoria *expectativas desajustadas*, o que se verifica é que os profissionais de saúde percecionam como uma preocupação a importância da consulta para os cuidadores e não para as crianças, referindo que os pais avançam com diagnósticos às crianças sem compreensão das necessidades das mesmas (e.g., E2: “Às vezes nem é preciso vir a criança à consulta, é mesmo trabalhar a mãe. Não é a criança, normalmente, são os pais que precisam.”). E, em segunda instância, os desafios que são hoje em dia colocados a uma *vivência familiar* saudável (e.g., E8: “As pessoas cada vez trabalham mais, têm menos tempo para a família, menos tempo para conversar e, se calhar, é muito mais fácil o permitir e deixar de ter regras e limites.”).

Tendo em consideração as narrativas dos participantes, verificamos que os participantes referem preocupações relativas às **Crianças** (7;13) no que diz respeito ao *ajustamento ao nível desenvolvimental* (4;7) e ao cumprimento das *necessidades básicas da criança* (4;5). Relativamente às *necessidades básicas da criança*, foram assinaladas como sendo preocupações questões relativas à higiene das crianças, segurança, alimentação e sono (e.g., E5: “Situações relacionadas com o sono, com a alimentação”). No que concerne à preocupação centrada no *ajustamento ao nível desenvolvimental*, os participantes referem que a educação deve ser exercida acompanhando o nível de desenvolvimento da criança (e.g., E1: “Preocupações, garantir que os pais estejam adequados ao estágio desenvolvimental da criança, que saibam as atividades promotoras de desenvolvimento.”).

Com isto, depreende-se que os participantes parecem percecionam como preocupações acerca da educação questões mais relacionadas com a **Família**, referindo menos preocupações associadas às **Crianças**. Estes dados opõem a visão necessária na abordagem clínica à criança e à família. Se por um lado esta abordagem parece estar em concordância com um modelo sistémico, em que a família é o ecossistema mais importante, onde a criança aprende e adquire identidade e se desenvolve (Gomes-Pedro, Nugent, Young & Brazelton, 2005). Por outro,

¹ (número de fontes; número de referências)

parece apontar para uma abordagem biomédica, sustentada no compromisso para o enfrentamento e tratamento de problemas em que a saúde é apenas relacionada com as necessidades de saúde física, omitindo a relevância do contexto vivencial e do desenvolvimento socioemocional (Gomes-Pedro, Nugent, Young & Brazelton, 2005; Montroy, Bowles, Skibbe, McClelland & Morrison, 2016). Esta dualidade parece revelar fragilidades quando à incorporação deste modelo sistémico. No entanto, a preocupação demonstrada pelos profissionais de saúde com o construto familiar, corrobora os estudos nesta temática, ressaltando a relevância da vivência familiar adequada, com variáveis como rotina ou tempo necessário despendido com as crianças, e de um estilo parental centrado na disciplina para o desenvolvimento adaptativo infantil (Denham, 2003; Kiser, Bennett, Heston & Paavola, 2005; Muñoz, Silver & Stein, 2014). Sabe-se que um estilo parental democrático que se caracteriza por altos níveis de responsividade, mas também imposição de limites, se associa a melhores capacidades de autorregulação da criança, em comparação com um estilo parental permissivo (Piotrowski, Lapierre & Linebarger, 2013), definido como uma preocupação para os profissionais de saúde.

Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre as preocupações dos pais relativamente à educação de crianças dos três aos seis anos

De forma a poder dar resposta a este objetivo serão consideradas, na percepção dos profissionais de saúde, as categorias **Preocupações dos pais com as Crianças, Preocupações com os pais e Preocupações com pouca frequência.**

Quanto às **preocupações com as crianças** (8;26), ressaltam duas subcategorias *ajustamento ao nível desenvolvimental* (8;17) e *necessidades básicas da criança* (6;9). Relativamente ao *ajustamento ao nível desenvolvimental*, centram-se questões como a expressão das necessidades das crianças através das birras e a adaptação à escola (e.g., E4: “Aos seis anos, quando entram na escola, entra-se toda uma diferente perspetiva para a criança e para a família.”). As preocupações com as *necessidades básicas da criança* estão centradas nos hábitos de sono, na alimentação e higiene (E3: “as preocupações deles nas consultas são muito mais relacionadas com os cuidados às crianças nas necessidades básicas como a alimentação, a higiene.”).

Em relação às **preocupações com os pais** (8;13), revelam-se questões relacionadas com os próprios, onde se destaca o *estilo parental* (6;10). A subcategoria *estilo parental* está associada à dificuldade dos pais em como agir na educação dos filhos, quanto à criação de regras, limites e como atuar face ao comportamento desajustado (e.g., E5: “Hmm... sobre os

castigos. Basicamente isso, como repreender as crianças ou como fazê-las cumprir determinadas regras que lhes querem impor ou determinados conceitos que querem que eles entendem.”).

A categoria **preocupações com pouca frequência** (6;7) engloba a baixa proatividade dos pais quanto ao questionamento sobre disciplina (e.g., E3: “Muitas vezes os pais não verbalizam muito estas..., são preocupações mais relacionadas com os cuidados à criança nas necessidades básicas.”). Este resultado contraditório face ao referido anteriormente sobre as preocupações com o estilo parental, pode ser associado à pouca sensibilidade dos pais em refletir sobre a sua conduta (Garelli & Wendland, 2017), centrando os problemas na criança, que parece ser colmatada pela proatividade dos profissionais para abordar esta temática. No entanto, estes resultados não se coadunam com a literatura que afirma que os pais se preocupam com as necessidades básicas da criança, mas também com a disciplina e aprendizagem (e.g., Reid et al., 2013; Mian, Godoy, Eisenhower, Heberle & Carter, 2016). O que também se verifica é que, na perceção dos profissionais de saúde, os pais tendem a preocupar-se mais com questões relacionadas com as crianças, enquanto os profissionais de saúde se preocupam mais com questões relacionadas com os pais e família. Este resultado pode indicar uma maior literacia em saúde dos profissionais para a compreensão do papel crucial dos contextos da criança para o desenvolvimento adaptativo da mesma (Perrin Sheldrick, McMenamy, Henson & Carter, 2014) ou a perceção da relevância do seu papel na avaliação de questões nesta temática.

Explorar a perceção dos profissionais de saúde relativamente às práticas disciplinares parentais em crianças dos três aos seis anos

De forma a poder dar resposta a este objetivo serão consideradas categorias **Perceções dos profissionais de saúde sobre práticas disciplinares positivas** e **Perceção dos profissionais de saúde sobre práticas disciplinares negativas**.

A categoria **perceções dos profissionais de saúde sobre práticas disciplinares positivas** (11;96) pretende compreender quais as variáveis, percecionadas pelos profissionais de saúde, são consideradas promotoras de desenvolvimento das crianças. Ramifica-se em *abordagem securizante na compreensão das consequências* (11;40), *práticas familiares* (7;14), *punição* (7;14), *envolvimento parental* (6;16), *reforço positivo* (5;7) e *imposição de limites e regras* (4;5). A subcategoria *abordagem securizante na compreensão das consequências* pode dividir-se em *comunicação* (9;29) e *desvalorização* (4;4). Em relação à *comunicação*, os profissionais de saúde destacaram duas estratégias que os pais devem utilizar na educação das crianças: *explicação* (7;17) e *compreensão* (4;12) (e.g., E8: “Se calhar explicar-lhes doutra

forma, o porquê o não, não é só dizer que não, mas explicar o porquê que é, não é aconselhável. Explicar as causas e os motivos que levaram os pais a dizer que não.). A subcategoria *desvalorização* define-se pela capacidade de abstração do comportamento desajustado da criança (e.g., E7: “Imagine que está a fazer uma birra e até pronto, se calhar, às vezes, é melhor desvalorizar e continuar, do que estar ali a valorizar muito aquela situação”).

As *práticas familiares* (7;14) incorporam um conjunto de variáveis, no entanto, verifica-se que as *rotinas* (4;7) são a prática familiar considerada mais relevante na educação, permitindo estabilidade e segurança (e.g., E11: “Ora, acho que o criar padrões é fundamental desde bebé, não só a partir dos três anos, mas a partir de quando nós conseguimos criar padrões. Eu acho que é fundamental, é uma prática positiva.”).

A subcategoria *punição* (7;14) é referida pelos participantes como uma prática positiva, dividindo-se em *castigar* (6;8), *palmada* (3;3) e *time-out* (2;3). Quanto aos *castigos*, os participantes aferem conceitos como privação e retirada de privilégios (e.g., E10: “Pronto, mas acho que nas crianças basta privá-los de coisas que eles gostam de fazer, seja isso o que for dependendo da idade.”). O que se verifica é que a *palmada* situacional ou com baixa intensidade é percebida pelos participantes como uma prática positiva (e.g., E 11: “Eu acho que para tudo há um peso e uma medida. Nada faz mal desde que não exceda o razoável, não é, eu acho que nada faz mal. Uma palmada se for bem aplicada no momento certo.”). A subcategoria *time-out* é evidenciada como uma prática para estabilizar o comportamento desajustado da criança (e.g., E5: “que às vezes é preciso fazer um *time-out*, pôr a criança num local e deixá-la pensar um bocadinho sobre isso e quando ela estiver um bocadinho mais calma, então, conversar com elas sobre isso.”).

Em relação à subcategoria *envolvimento parental* (6;16), esta distingue-se em *modelagem* (4;4) e *expressão de afeto* (3;7). Quanto à *modelagem* considera-se a relevância que é dada à aprendizagem das crianças por exemplo e observação (e.g., E4: “Uma questão de exemplo. Nestas idades, a maior parte das vezes, é uma questão de exemplo em relação a quase tudo.”). Os participantes referem como imprescindível a *expressão de afeto* enquanto prática disciplinar (e.g., E3: “esses limites vêm sempre com afeto e perceberem que existe sempre esta segurança e esta necessidade de as crianças terem a certeza de que têm o amor por parte dos pais e isso nunca está em causa.”).

A subcategoria *reforço positivo* (5;7) caracteriza-se, na percepção dos participantes, pela recompensa pelo comportamento ajustado e pelo incentivo (e.g., E9: “os incentivos, coisas básicas como *se tu te conseguires portar bem, e fizeres isto como a mãe ou o pai te ensinou, então no fim de semana podemos ir até ao parque passear, correr, alimentar os patinhos.*”).

Por último, verifica-se que a subcategoria *imposição de limites e regras* (4;5) é identificada como uma prática positiva (e.g., E2: “Se ele se queimar no fogão, a gente sabe que, pronto, temos de exercer alguma autoridade. Hmm, a tal regra, no fundo a disciplina, mas com limites e explicação.”).

A categoria **Perceção dos profissionais de saúde sobre práticas disciplinares negativas** (11;57) pode traduzir-se na subcategoria *punição* (11;40) e *dificuldade em reagir a comportamentos desajustados das crianças* (3;6). A subcategoria *punição* está dividida em *violência física* (11;21) que inclui a *palmada* (5;5), *gritar* (5;6), *violência psicológica* (5;6) e *castigar* (4;7). A *palmada* é referida como negativa, sem benefício enquanto prática disciplinar e penalizada por lei (e.g., E3: “Referir também que há pouco não referi relativamente à punição, e me parece transversal aos meus colegas, nós primeiro não podemos aconselhar uma coisa que é punida por lei, a violência, os maus tratos... Não faz sentido, até porque estaríamos a ir contra ao nosso código deontológico nos obriga. E depois lá está, também tem muito que ver com aquilo que são as crenças de cada profissional. E sim, mesmo uma própria palmada, pode ser considerada legalmente como maus tratos.”). Os participantes também referem *gritar* como uma prática negativa associada à exacerbação do comportamento desajustado da criança (e.g., E2: “Se os pais dizem que não, e gritar e depois gritam ainda mais e a birra ainda se torna pior de resolver.”). É também percecionado pelos participantes como prática negativa a *violência psicológica*, em que referem a ameaça, adjetivos pejorativos e grande grau de exigência das crianças, associadas à diminuição da autoestima das mesmas (e.g., E3: “Ou até psicológica, pela forma como aquelas expressões que nós vemos muito “eu não gosto de ti porque fazes isto”.”). Por último, os profissionais de saúde afirmam que *castigar* não deve ser uma prática disciplinar a utilizar (e.g., E2: “Fazer castigos ou ... Quer dizer, está a puni-lo, mas, ao mesmo tempo, também está a prejudicá-lo.”), estando em clivagem com outros profissionais que consideram o castigo uma prática positiva. A subcategoria *dificuldades em reagir a comportamentos desajustados das crianças* inclui variáveis como ceder, sobreproteção, reatividade e desresponsabilização pelo comportamento (e.g., E4: “Se eles reagem é um ciclo que se perpetua.”).

Os resultados sugerem que um número significativo de participantes refere que a punição física é considerada uma prática prejudicial ao desenvolvimento infantil (Gershoff & Grogan-Kaylor, 2016). Inclusive, um dos participantes refletiu sobre os limites éticos e legais do aconselhamento aos pais desta prática. Paradoxalmente, também se afigurou que, uma parte dos participantes, desvaloriza o impacto da palmada enquanto prática disciplinar, assumindo-a aceitável sobre certas condições (“com peso e medida” ou “na hora certa”), contrapondo

diversos estudos (e.g., Rosli, 2014). Esta visão partilhada da punição física como parte integrante da educação é referida por três dos participantes mais velhos, que vai de encontro à literatura sobre a diminuição do uso desta prática em indivíduos jovens (D'Souza, Russell, Wood, Signal & Elder, 2016; Wissow, 2002).

É importante ressaltar que poucos foram os participantes que referiram a imposição de limites e regras como prática disciplinar positiva, que pode ser explicada pela confusão ainda existente entre a punição e os limites do conceito de disciplina (Worsham, Kretchmar-Hendricks, Swenson & Goodvin, 2009).

De um modo geral podemos constatar que todos os profissionais de saúde demonstram proximidade com conceitos chave para uma parentalidade adequada, nomeadamente, a importância da explicação e da compreensão, a expressão de afeto e modelagem, assim como com práticas disciplinares prejudiciais ao desenvolvimento ajustado das crianças, incluindo a violência física e psicológica (Webster-Stratton, 2013). Esta visão global dos dados parece traduzir um modelo mais contemporâneo, assente num processo de mudança de mentalidades. Este processo pode ser observado na legitimação da punição por alguns participantes circunstanciada a algumas situações, contrapondo a maioria naquilo que é a apropriação de uma visão mais positiva da disciplina parental.

Identificar a perceção dos profissionais de saúde sobre os fatores que determinam a adoção de práticas disciplinares parentais em crianças dos três aos seis anos

Para poder dar resposta a este objetivo será considerada a **Perceção dos profissionais de saúde sobre os fatores que determinam a adoção de práticas disciplinares parentais** com as categorias **Pais, Família, Crianças, Contexto social e Dimensões do contexto socioeconómico.**

A categoria **Pais** (9;59) caracteriza os fatores idiossincráticos associados à *vivência do dia-a-dia* (7;28), *experiência da parentalidade* (4;18) e *vivência da infância e educação* (4;4). No que concerne ao fator determinante mais referenciado, a *vivência do dia-a-dia* enquadra aspetos como a *disponibilidade* e o *tempo* (6;10) que os pais dispõem para as tarefas domésticas e uso excessivo de tecnologia (e.g., E3: “O tempo que podem dedicar às crianças, o facto de, muitas vezes, colocarem as tarefas domésticas como prioridade em relação ao contacto com os filhos.”); as *tarefas laborais* (6;7) que se referem ao tipo de trabalho exercido, à exigência e às condições do mesmo (e.g., E10: “o tipo de trabalho que aquelas pessoas fazem.”); e o *stress*

diário (4;9) associada à pouca atenção disponibilizada para os filhos (e.g., E8: “Eu acho que os pais têm pouca, se calhar estão cansados, pouca disponibilidade para os ouvir.”).

A subcategoria *experiência da parentalidade* evidencia-se na variável *pais jovens* (3;4). Os profissionais de saúde identificam como um fator determinante para a adoção de práticas disciplinares a idade dos pais, considerando os *pais jovens* menos preparados para a parentalidade e mais imaturos no exercício da mesma (e.g., E2: “Porque, muitas vezes, o problema é nos pais... do pai ou da mãe que estão muito imaturos, que lá está, as competências parentais ainda não estão muito evoluídas.”).

A subcategoria *vivência da infância e educação* está associada à educação dos pais e à forma como foram educados, como influenciando a repercussão dessa educação aos filhos (e.g., E2: “há a parte da própria educação dos pais, não é? Se tiveram uma educação muito rígida, por regras. *Porque se o meu pai fazia, eu também faço*. Isso influencia muito.”).

A categoria **Família** (7;23) é representada pelas subcategorias *contexto familiar* (7;11), *conjugalidade* (4;4) e *suporte familiar* (2;3). Neste sentido, identificam o *contexto familiar* vulnerável vivenciado pela criança e os pais (e.g., E5: “Outro fator são, por vezes, as situações familiares. Os pais estão divorciados ou famílias reconstruídas, em que existem fatores a mais.”). Relativamente à *conjugalidade* evidencia-se a qualidade e o tempo da relação, sendo que quando menos positiva, maior é o impacto desestabilizador para a adoção de práticas disciplinares adequadas (e.g., E8: “Estão juntas há pouco tempo com um novo companheiro e as coisas não correm bem. Se calhar acham que ter uma criança as coisas iam mudar ou iam ser diferentes, se calhar têm uma ideia errada.”). O *suporte familiar* é referido como o único fator protetor e, ainda que pouco referenciado, será explanado (e.g., E8: “Pessoas que têm algum apoio familiar dos avós, notam-se que são pessoas que conseguem ter mais tempo para a família, não correrem tanto, porque têm esse apoio em casa.”).

Ao nível da categoria **Crianças** (6;10), as perceções dos participantes traduzem-se em duas subcategorias *situacional* (4;6) e *características* (3;4). A subcategoria *situacional* caracteriza-se pela pouca energia e irritabilidade, assim como grande necessidade de atenção por parte das crianças ou pela presença de alguma patologia (e.g., E5: “as crianças passarem muito tempo longe dos pais e, portanto, quando estão na presença deles, para chamarem a sua atenção, são muito, parecem muito quezilentos, quando na verdade estão só a pedir atenção.”). Quanto às *características*, esta subcategoria está associada ao temperamento e personalidade das crianças (e.g., E1: “Há também fatores internos como o tipo de filhos. Há filhos que são difíceis de gerir, dentro de um comportamento que é normal, mas que são mais complicados.”).

Relativamente à categoria **Dimensões do contexto socioeconómico** (7;13), os participantes referem-se a situações sociais e económicas de fragilidade familiar (e.g., E4: “e não só, em termos sociais também. Nós temos algumas crianças acompanhadas pela CPCJ, algumas crianças que têm situações de vivência bem mais complexas e, portanto, esses fatores todos pesam muito quando nós estamos a ver esta família com esta criança.”).

Estes resultados remetem-nos para os princípios do modelo bioecológico de Bronfenbrenner (2011), na medida em que os profissionais destacam a importante influência do sistema em que a criança se envolve para o desenvolvimento da mesma. São elencados pelos profissionais os fatores proximais como o suporte familiar, as características individuais ou o envolvimento parental associado à pouca disposição para a interação com a criança em atividades, assim como os fatores distais, destacando-se, por exemplo, as crenças associadas à vivência da infância (Bowlby, 1989; Bronfenbrenner, 2005). Incluindo o testemunho dos profissionais face ao efeito negativo destes fatores, estes apontam para a necessidade de se almejar a estabilidade no ambiente em que a criança e a família se inserem (Bronfenbrenner, 2005).

O que também é evidenciado é que, hoje em dia, a tarefa dos pais é complexa, elencando as condições laborais extensas associadas a um stresse diário determinante, que prejudica a adoção de tempo de qualidade para a educação (Gomes-Pedro, Nugent, Young & Brazelton, 2005).

Identificar o tipo de aconselhamento dos profissionais de saúde no âmbito das práticas disciplinares parentais em crianças dos três aos seis anos

De maneira a poder dar resposta a este objetivo serão consideradas as categorias **De que forma é realizado o aconselhamento, Disponibilidade dos profissionais de saúde e Aconselhamento baseado em que tipo de informações.**

Face à categoria **De que forma é realizado o aconselhamento** (11;119), a mesma representa-se em duas subcategorias: *estratégias utilizadas* (11;110) e *competências utilizadas para aconselhamento eficaz* (5;8). Em relação às *estratégias utilizadas* destacam-se *avaliar e recolher informação* (9;27) (e.g., E4: “Nós vamos tentando perceber se existe alguma, algum sinal de alerta (...) que nos possa chamar, de facto, aqui a atenção para alguma questão da parentalidade.); *redução do stress parental* (8;15) validando o que estão a sentir (e.g., E7: “E, se quando nós achamos que é uma coisa que é normal, não é patológica, tranquilizamos os pais.”); *referenciar* (6;26) que se traduz no encaminhamento para outras áreas quando os

profissionais consideram não ter competências para intervir, sendo mais prevalentes os encaminhamentos para *psicologia* (4;8) (e.g., E11: “Depois, quando acho que já ultrapassa as minhas capacidades, tento pedir ajuda a outro tipo de colaboração. Pedir ajuda ao psicólogo.”); *aumentar a literacia em saúde* (6;14) com o aconselhamento de bibliografia, explicando conceitos e interpretando os comportamentos da criança segundo o nível de desenvolvimento da mesma (e.g., E3: “Falamos um bocadinho daquilo que são os comportamentos da criança esperados para aquele estágio desenvolvimental e, depois, a partir daí, os pais conseguem perceber um bocadinho dos comportamentos da criança à luz daquilo que é o seu estágio de desenvolvimento.”); *adaptar os conselhos à realidade da família* (6;10), tendo consciência das idiossincrasias dos pais, da criança e do contexto (e.g., E8: “Nós aconselhamos o que consideramos ser o melhor para a família, para o pai e a criança. Não é uma regra de, não é igual para todos.”); por *orientações consensuais na literatura* (4;5) em que o *boletim de saúde infantil* (2;2) permite que o profissional de saúde se oriente nas temáticas a abordar em cada consulta (e.g., E5: “Eu vou tentando para meu recordatório o livrinho das crianças, o boletim de saúde infantil que, normalmente, fala dos diferentes temas e tem lá uma série de itens.”).

A nível da subcategoria *competências utilizadas para aconselhamento eficaz*, pode destacar-se o *ser diretivo* (3;3) e *ser empático* (2;3) (e.g., E8: “Também nesta área, o ser mãe, para quem é profissional de saúde... Acabamos por os perceber de forma empática e também tivemos situações como alguns tiveram na consulta e nos colocamos no lugar dos pais.”).

A categoria **Disponibilidade dos profissionais de saúde** (11;67) subdivide-se em *proatividade no aconselhamento de práticas disciplinares parentais* (11;21), *consultas extra* (10;13), *processo contínuo de aconselhamento* (8;12) e *prioridade* (7;16).

A subcategoria *proatividade no aconselhamento de práticas disciplinares parentais* exemplifica as situações em que, ainda que os pais não se debrucem sobre estas questões, os profissionais tomam a iniciativa de abordar e aconselhar quanto às práticas disciplinares (e.g., E1: “Sim, nós temos em cada consulta, temos uma estrutura daquilo que deve ser abordado e de atividades promotoras de desenvolvimento e as birras fazem parte. Comportamento é também uma coisa que vem à baila nestas consultas, precisamente para prevenir a ocorrência de perturbações desta área.”).

A subcategoria *consultas extra* está associada à disponibilidade dos profissionais para agendar consultas adicionais nos casos graves (e.g., E10: “Numa fase inicial tentamos aumentar a periodicidade das consultas, se se confirmar a suspeita colocamos outros intervenientes a mexer e a funcionar.”).

Quanto à subcategoria *processo contínuo de aconselhamento*, a mesma prende-se com a continuidade do aconselhamento desta temática e não apenas como um episódio único de aconselhamento (e.g., E7: “Não é um aconselhamento pontual, é um processo.”).

A subcategoria *prioridade* refere-se há prioridade com que é dado o aconselhamento, ou seja, *prioridade em função de um problema* (5;9) e *prioridade de aconselhamento dependendo da temática* (4;5). Neste sentido, a *prioridade em função de um problema* implica que os profissionais aconselhem no âmbito das práticas disciplinares quando identificam uma necessidade para tal (e.g., E9: “Há crianças que não vejo necessidade de falar nestas questões. São crianças que até podem ser regulas e traquinas, mas uma coisa é ser reguila e traquina, outra coisa é ser mal-educado.”); a *prioridade dependendo da temática* traduz-se na prioridade de aconselhamento de questões mais físicas ou de questões em que os pais têm dificuldades (e.g., E7: Não, nós costumamos abordar, pronto. Se calhar não de uma forma tão sistemática como outras coisas que nós vemos, não é, da parte física.”).

Considerando a categoria **aconselhamento baseado em que tipo de informações** (11;46), pode traspasar-se o *aconselhamento baseado em experiência adquirida* (8;23), o *aconselhamento baseado em formação realizada* (7;9), o *aconselhamento baseado em livros* (6;8) e o *aconselhamento baseado no bom senso* (4;5).

A subcategoria *aconselhamento baseado em experiência adquirida* refere-se à *própria vivência da parentalidade* (5;8), à *prática clínica multidisciplinar* (5;5) e à *prática clínica individual* (4;9). Assim, o aconselhamento é, em primeira instância, baseado na *própria vivência da parentalidade*, em que os profissionais aconselham práticas que utilizaram ou utilizam com os seus filhos (e.g., E10: “E aquilo que lhes recomendo se o miúdo está a fazer uma birra, basicamente é aquilo que eu faço com os meus filhos.”). Em seguida, o que se verifica é que os participantes aconselham baseando-se na aprendizagem segundo a *prática clínica individual* e a *prática clínica multidisciplinar* (e.g., E9: “A nossa prática conjunta, com os médicos, com uma psicóloga, às vezes umas com as outras acho que vamos trabalhando estes pontos.”).

Quanto ao *aconselhamento baseado em formação realizada*, os participantes mencionam o estudo da temática, fóruns realizados e formações nos serviços em que atuam (e.g., E3: “E começamos a criar, de facto, às vezes até, a forma como nós desenvolvemos as nossas formações em serviço, muito dentro desta área que é fundamental.”).

Em relação à subcategoria *aconselhamento baseado em livros*, os participantes referem ler livros relacionados com a temática disciplinar (e.g., E6: “Aliás, a medicina não é uma ciência, é uma arte e, portanto, cada profissional, cada um estudamos todos pelos mesmo livros,

mas depois há sempre autores novos e publicações novas e estilos e modelos que vamos lendo e nórdicos por exemplo, tive a ler um há pouco tempo.”).

No que concerne ao *aconselhamento baseado no bom senso*, é evidenciada a pouca formação para a realização deste aconselhamento e, também, a pouca necessidade de se estruturar o aconselhamento nesta área (e.g., E2: “Sim, a psicologia realmente tem muito que estudar, mas há muita coisa que é bom senso e é a boa prática e é ser um bocadinho humano e emocionalmente equilibrado.”).

Analisando os resultados, parece haver alguma incongruência no discurso. Se, por um lado, os profissionais de saúde percebem o seu aconselhamento no âmbito destas práticas com proatividade, por outro, referem dar prioridade ao aconselhamento em função, por exemplo, da temática da saúde física. Neste sentido, a prioridade de aconselhamento dependendo do tema corrobora as preocupações anteriormente referidas com as necessidades básicas da criança.

Ainda, o aconselhamento que é fornecido pelos profissionais de saúde parece desconsiderar o aconselhamento baseado em evidência, optando por se basearem na própria vivência da parentalidade e na experiência adquirida na prática com outros utentes em casos semelhantes. O que pode corresponder a implicações negativas na eficácia do aconselhamento (Sutherland, Pullin, Dolman & Knight, 2004).

Discutindo agora um dado anterior à luz destes resultados, a validação das práticas disciplinares punitivas pelos profissionais de saúde está descrita na literatura como sendo aconselhado aos pais e valorizado por estes, podendo ser, conseqüentemente, implementadas no seio familiar (Taylor, McKasson, Hoy & DeJong, 2017). Neste estudo em particular, pode ser passível de elencar que, se o aconselhamento é com base na vivência da parentalidade e, de igual forma, alguns profissionais consideram a palmada como uma prática aceitável, se corre o risco destas mesmas práticas serem aconselhadas aos pais.

Identificar a valorização dos profissionais de saúde sobre o seu aconselhamento no âmbito das práticas disciplinares parentais em crianças dos três aos seis anos

De forma a poder dar resposta ao objetivo serão consideradas as categorias **Obstáculos, Importância e Confiança**.

A categoria **importância** (11;37) divide-se em *importância do aconselhamento* (11;29), em que os profissionais explicitam a importância do aconselhamento no âmbito das práticas disciplinares parentais (e.g., E11: “Eu acho que é fundamental. Tanto para o desenvolvimento

da criança como para a proteção da criança.”) e a *importância do papel do profissional de saúde* (5;8) assumindo uma posição privilegiada para a transmissão adequada das melhores práticas enquanto conhecedor de toda a família e vivência familiar (e.g., E6: “E claro, estando cá e no fundo as famílias foram construídas já comigo, estou cá há imensos anos, portanto, sei muito bem como é que é a dinâmica em casa e consigo antever o quê que se passa.”).

A categoria **obstáculos** (10;48) objetiva as limitações percebidas pelos profissionais de saúde no aconselhamento de práticas disciplinares parentais. Deste modo, divide-se em subcategorias como *tempo da consulta* (8;16), realçado como prejudicial à conduta clínica (e.g., E9: “mas as consultas têm um tempo limite muito curto. Não dá para nós estarmos aqui a falar de tudo nem nada. “); *pouca formação na área* (5;10) da educação, contrariamente à realização de formações na área de saúde física (e.g., E5: “Eu nunca tive formação específica sobre isto, nenhuma, nem no curso, nem no internato.); *incapacidade de medir o entendimento e o comportamento alterado* (3;5) por não terem forma de perceber se, efetivamente, os pais alteraram o comportamento e obtiveram resultados (e.g., E2: “No caso do comportamento é mais difícil de medir, não é, medir em concreto o quê que aplicaram, mas, lá está, se houvesse um programa focado para isso.”); *baixa literacia em saúde dos pais* (3;4) que interfere na transmissão, compreensão da mensagem e alteração do comportamento (e.g., E10: “Parte da dificuldade que eu sinto, pensando como profissional de saúde, tem haver com a má literacia dos pais em relação aquilo que são boas práticas na prestação e no acompanhamento dos filhos. Para mim, será o grande entrave, o grande bloqueio para tudo o resto.”); *periodicidade das consultas* (2;5) por estas terem *timings* específicos ao longo do desenvolvimento infantil (e.g., E2: “Temos a abordagem inicial, mas depois as coisas perpetuam-se. Depois só a vemos passado, se for aos dois anos, depois só a vemos aos três.”).

A categoria **confiança** (10;25) traduz em medida os profissionais de sentem ou não confiantes e com ou sem dificuldades para aconselhar no âmbito das práticas disciplinares parentais, assumindo as subcategorias *sem dificuldade* (8;10) e *com dificuldade* (6;15). A subcategoria *sem dificuldade* explica que os participantes, ainda que com algumas dúvidas, se sentem capazes e confiantes em realizar o acompanhamento parental no âmbito desta temática (e.g., E8: “Mas na área, como fazemos isto com alguma regularidade, acho que me sinto... hmm e na dúvida, claro que me vou informar e pesquiso e depois digo aos pais. Mas sim, por norma.”). A subcategoria *com dificuldade* (6;15) subdivide-se em *necessidade de se atualizarem* (4;7) na temática (e.g., E3: “Eu própria, como enfermeira e como mãe, tenho essa necessidade. (...) Acho que me pode dar alguns subsídios para mim, enquanto enfermeira e para aquilo que posso dar em termos de aconselhamento e orientação aos pais.”); e *com*

dificuldade no aconselhamento de práticas disciplinares (5;8) alternativas às utilizadas pelos pais (e.g., E9: “Que poderia fazer falta para aquelas estratégias que há e que sei que existem, que uma coisa é lermos e outra é uma formação com elas que nos expliquem como aplicá-las.”).

Com esta informação, depreende-se que os obstáculos mais referenciados não são controláveis pelos profissionais de saúde, nomeadamente, o tempo, a periodicidade das consultas e a incapacidade para proceder à avaliação da eficácia do aconselhamento, sendo preconizados pelo modelo de prestação de serviços do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Ribeiro, 2009). Seria pertinente que as condições do SNS pudessem refletir a importância de um acompanhamento mais holístico e respeitador das famílias, necessárias para um aconselhamento mais efetivo.

De acordo com a Teoria da Ação Planeada (Ajzen & Fishbein, 1980) a referida incapacidade para proceder à avaliação da eficácia do aconselhamento pode contribuir para uma predisposição negativa em relação ao mesmo. Como os profissionais não conseguem reconhecer o valor autorreferenciado da consequência dos seus aconselhamentos, isto pode contribuir para uma reduzida intenção da ação.

Em relação à formação, variável possível de controlar, apesar de ser reportada a intenção de se atualizarem e do obstáculo que é a pouca formação na área, há uma menor probabilidade da procura de formação na temática disciplinar. O controlo percebido, ou seja, a facilidade percebida na realização do aconselhamento, pode ser inflacionada pelas crenças acerca da importância da vivência da parentalidade no aconselhamento parental, havendo uma maior probabilidade do aconselhamento parental ser baseado no senso comum, mas não na evidência.

Relativamente à importância do aconselhamento, os profissionais enaltecem a relevância das orientações acerca das práticas disciplinares parentais, porém, priorizam o aconselhamento no âmbito da saúde física. A formação médica sobre o desenvolvimento da criança com enfoque na saúde física, pode contribuir para uma norma subjetiva associada à relevância da saúde física, em detrimento de uma visão global de saúde (Ajzen & Fishbein, 1980). Uma vez mais, sobressai a importância do modelo biomédico (Montroy, Bowles, Skibbe, McClelland & Morrison, 2016).

Identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os pais fazem do aconselhamento no âmbito destas práticas disciplinares parentais em crianças dos três aos seis anos

Com o intuito de responder ao objetivo supracitado, serão analisadas as categorias **pais que valorizam (11;27)** e **pais que não valorizam e não põe em prática (6;10)**.

A categoria **pais que valorizam** (10;27) traduz-se na subcategoria *pais que valorizam e põe em prática* (10;18), que corresponde à percepção da valorização que os pais fazem do aconselhamento, colocando em prática as orientações fornecidas (e.g., E8: “Mediante aquilo que a gente aconselha alguns pais têm tido e notam que foi muito bom e ajuda bastante. Valorizam o nosso trabalho.”).

A categoria **pais que não valorizam e não põe em prática** (6;10) menciona a baixa literacia dos pais para a compreensão do benefício destas práticas (e.g., E3: “Mas depois existem outros pais que não valorizam assim tanto. Eu acho que, muitas vezes, esses pais são aqueles que não valorizam, que não se debruçam nem refletem tanto sobre a parentalidade.”).

Estes resultados traduzem uma sobreposição dos profissionais em ambas as categorias, que pode estar associada às diferenças nas idiossincrasias de cada família quanto à recetividade, valorização e adequação das práticas aconselhadas. Também parecem indicar algum grau de desacordo no discurso, já que por um lado, referem dificuldade no aconselhamento de práticas e, por outro percebem que os pais valorizam o aconselhamento neste âmbito e que colocam em prática.

V- Conclusão

Os resultados da investigação parecem apontar para uma abordagem sistémica na prática clínica com crianças e famílias com variáveis como a valorização da conduta dos pais e o contexto familiar para o desenvolvimento ajustado da criança. No entanto, é também perceptível nos testemunhos dos participantes que nem tudo está alinhado com esta abordagem. Neste sentido, são referidas preocupações com as necessidades básicas da criança em detrimento do desenvolvimento socioemocional, prioridade no aconselhamento de temáticas relacionadas com a saúde física e, apesar de explanarem a necessidade de realizar formação na área, a mesma é secundarizada em relação à formação no âmbito da saúde física.

No que diz respeito ao aconselhamento no âmbito das práticas disciplinares parentais, os resultados parecem sugerir a desvalorização de informação baseada em evidência e fazer-se sobretudo segundo experiência adquirida com a própria vivência da parentalidade, o que vai de encontro à literatura (Catalán, 2010; Carrasco, Cuadra-Martínez & González, 2019). Este resultado crítico parece estar em clivagem com a importância que os profissionais de saúde atribuem ao aconselhamento nesta temática e ao obstáculo referido sobre a pouca formação.

Relativamente às perceções sobre as práticas disciplinares, os participantes parecem revelar compreensão de inúmeras variáveis importantes para uma parentalidade positiva, como a expressão de afeto, comunicação e práticas familiares ajustadas, refutando, na sua maioria práticas disciplinares coercivas. Porém, um número reduzido de participantes mais velhos desvaloriza este impacto negativo, por exemplo, da palmada que pode estar associado ao uso da prática no seio familiar ou ao aconselhamento da mesma aos pais.

Os resultados traduzem comunalidades no posicionamento face ao aconselhamento de práticas disciplinares promotoras do desenvolvimento adaptativo das crianças. Estas comunalidades podem advir do processo de transição na incorporação de um modelo sistémico, centrado nos cuidados à criança e à família.

O presente estudo permitiu dar *a primeira voz* aos profissionais de saúde no que diz respeito às perceções sobre as práticas disciplinares parentais. Contrapondo o estudo de Machado, Gonçalves e Matos (2003) acerca das crenças que legitimam o uso da punição física pelos pais, estes dados intensificam a ideia de uma mudança de paradigma face ao que são as crenças destes profissionais atualmente. Contudo, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser cautelosamente equacionadas na leitura e interpretação dos resultados. Não se exclui a possibilidade de respostas socialmente desejáveis, tanto mais que se observam incongruências nos testemunhos dos participantes quanto ao aconselhamento prestado no âmbito das práticas disciplinares. No entanto, a opção da recolha de dados através de uma entrevista semiestruturada evidenciou ser um procedimento adequado para a exploração da temática, porque, não só permitiu recolher a informação explanada nas questões como também possibilitou a compreensão dos seus conhecimentos, crenças e perceções de acordo com a integração destes na sua realidade prática. Ainda, a amostra limita-se a ter representantes de um único contexto sociocultural (urbano).

Face ao exposto, como sugestões para investigação futura, considera-se relevante a diversificação dos contextos de saúde, assim como aos profissionais da área da saúde e educação, podendo utilizar-se metodologia quantitativa para generalização dos dados preliminares recolhidos com este estudo e uma ampliação da perspetiva nacional.

A consciencialização da parentalidade como fator quer de proteção, quer de risco para o *outcome* dos problemas de comportamento e as implicações ao nível da saúde mental das crianças (Patias, Siqueira & Dias, 2013), alerta para a necessidade de intervenção e apoio na formação dos profissionais de saúde. Neste sentido, tendo em conta que os pais se afiguram como capazes de modificar as suas práticas para o melhor bem-estar dos filhos, sabemos que profissionais de saúde mais confiantes e preparados para aconselhar com base em evidência,

poderão apoiar uma maior competência na gestão da parentalidade, que, por sua vez, possibilitará o desenvolvimento de crianças felizes e saudáveis.

Como convicção, acredita-se que os dados do estudo possam contribuir como um incentivo para a continuidade da melhoria da prática clínica com enfoque no aconselhamento aos pais e na promoção da *saúde* da criança.

Referências bibliográficas

- Abreu-Lima, I. (2018). Promover a parentalidade positiva: o Triple P em Portugal. *Atas do VI seminário internacional cognição, aprendizagem e desempenho*.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behaviour. 1980. URL <http://www.citeulike.org/group/38/article/235626>.
- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios Familiares: Uma Visão Sistémica* (3ª Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Alpert, J. J. (2012). History of community pediatrics. *Pediatrics*, 103(6 Pt 3), 1420-1421. doi: 10.1007/978-1-4614-3149-7
- Alvarenga, P., & Piccinini, C. A. (2001). Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. *Psicologia: reflexão e crítica*, 14(3), 449-460.
- Barroso, G. R. & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, 52(1), 211-229.
- Bauer, N. S., & Webster-Stratton, C. (2006). Prevention of behavioral disorders in primary care. *Current Opinion in Pediatrics*, 18(6), 654-660. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e3280106239>
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 83-96.
- Bem, L. D., & Wagner, A. (2006). Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 63-7.
- Ben-Arieh, A., & Haj-Yahia, M. M. (2008). Corporal punishment of children: A multi-generational perspective. *Journal of Family Violence*, 23(8), 687.
- Benzie, K., Keown, L.-A. & Magill-Evans, J. (2009). Immediate and sustained effects of parenting on physical aggression in Canadian children aged 6 years and younger. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(1), 55-64.
- Berelson, B. (1952). Content analysis in communication research. *Media studies: A reader*, 200-209.

- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Artmed Editora.
- Carrasco, C. P., Cuadra-Martínez, D., & González, H. C. (2019). Teorías subjetivas sobre disciplina parental en literatura para padres. *Revista chilena de pediatría*, (AHEAD), 0-0.
- Catalán, J. (Ed.). (2010). *Teorías subjetivas. Aspectos teóricos y prácticos*. Editorial Universidad de La Serena.
- Cecconello, A. M., De Antoni, C., & Koller, S. H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em estudo*, 8(spe), 45-54.
- Clément, M. È., & Chamberland, C. (2009). The role of parental stress, mother's childhood abuse and perceived consequences of violence in predicting attitudes and attribution in favor of corporal punishment. *Journal of Child and Family Studies*, 18(2), 163.
- Coker, T. R., Shaikh, Y., & Chung, P. J. (2012). Parent-reported quality of preventive care for children at-risk for developmental delay. *Academic pediatrics*, 12(5), 384-390.
- Cruz, M. A. B., & Ducharne. (2006). Intervenção na parentalidade: o caso específico da formação de pais. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 13, 295-309.
- Cuadra-Martínez, D., Castro, P. J., Vystrčilová, P., & Jancic Mogliacci, R. (2017). A review of research on teachers' subjective theories: contributions to the study of teacher education. *Psychol Educ*, 54(3), 1-22.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological bulletin*, 113(3), 487.

- Davis, A. (2012). Experts and childcare 'bibles': mothers and advice literature. In *Modern motherhood*. Manchester University Press.
- Denham, S. A. (2003). Relationships between family rituals, family routines, and health. *Journal of Family Nursing*, 9(3), 305-330.
- Direção-Geral da Educação. (n.d.). Plano Nacional de Saúde Mental 2007- 2016. Retirado de [http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.p df](http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf)
- Donoso, M. T. V., & Ricas, J. (2009). Perspectiva dos pais sobre educação e castigo físico. *Revista de Saúde Pública*, 43, 78-84.
- D'Souza, A. J., Russell, M., Wood, B., Signal, L., & Elder, D. (2016). Attitudes to physical punishment of children are changing. *Archives of disease in childhood*, 101(8), 690-693.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., Davis, M., & Cornwell, J. C. (1994). Characteristics of effective help-giving practices.
- Fowler, C., Dunston, R., Lee, A., Rossiter, C., & McKenzie, J. (2011). Reciprocal learning in partnership practice: An exploratory study of a home visiting program for mothers with depression. *Studies in Continuing Education*, 34(2), 99-112.
- Foy, J. M. (2010). Enhancing pediatric mental health care: Algorithms for primary care. *Pediatrics*, 125(Supplement 3), S109-S125. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0788F>
- Frick, P. J. (1991). The Alabama parenting questionnaire. *Unpublished rating scale, University of Alabama*.
- Gallarin, M., & Alonso-Arbiol, I. (2012). Parenting practices, parental attachment and aggressiveness in adolescence: A predictive model. *Journal of adolescence*, 35(6), 1601-1610.
- Garelli, C. & Wendland, J. (2017). Aptitude à la mentalisation parentale, disposition à la conscience de soi et stress parental chez les mères d'enfants âgés de 1 à 4 ans. *Devenir*, 29(2), 105-123.
- Gea, M., Reijneveld, S., Wiefferink, C., & Crone, M. (2008). Parents' concerns about children are highly prevalent but often not confirmed by child doctors and nurses. *BMC Public Health*, 8(124), 1-10. doi: 10.1186/1471-2458-8-124

- Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2016). Spanking and child outcomes: Old controversies and new meta-analyses. *Journal of family psychology, 30*(4), 453.
- Gomes-Pedro, J., Nugent, J. K., Young, J. G., & Brazelton, T. B. (2005). *A Criança e a família no século XXI*. (ISBN:972-576-395-5). Lisboa, Portugal: Dinalivro.
- Hardyment, C. (2007). *Dream babies: Childcare advice from John Locke to Gina Ford*. Londres: Frances Lincoln.
- Hatzidimitriadou, E., & Psinos, M. (2014). Cultural health capital and professional experiences of overseas doctors and nurses in the UK. *Diversity and Equality in Health and Care, 11*(1), 35-47.
- Hoffman, M. L. (1970). Moral development. In P. H. Mussen (Ed.), *Carmichael's manual of child psychology* (Vol. 2). New York: Wiley.
- Hoghugh, M. (2004): Parenting: an introduction. In M. Hoghugh & N. Long (Eds), *Handbook of parenting: theory and research for practice*. London: Sage
- Howard, B. J. (1996). Advising parents on discipline: What works. *Pediatrics, 98*(4), 809-815.
- Joly, M.C.R.A., Dias, A.S. & Marini, J.A.S. (2009). Avaliação da agressividade na família e escola de ensino fundamental. *PsicoUSF, 14*(1), 83-93.
- Kelleher, K. J., & Stevens, J. (2009). Evolution of child mental health services in primary care. *Academic Pediatrics, 9*(1), 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2008.11.008>
- Kiser, L. J., Bennett, L., Heston, J., & Paavola, M. (2005). Family ritual and routine: Comparison of clinical and non-clinical families. *Journal of Child and Family Studies, 14*(3), 357-372.
- Kobarg, A. P. R., Sachetti, V. A. R., & Vieira, M. L. (2006). Valores e crenças parentais: reflexões teóricas. *Journal of Human Growth and Development, 16*(2), 96. <https://doi.org/10.7322/jhgd.19795>
- Kolko, D. J., Campo, J. V., Kelleher, K., & Cheng, Y. (2010). Improving access to care and clinical outcome for pediatric behavioral problems: A randomized trial of a nurse-administered intervention in primary care. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 31*(5), 393-404. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181dff307>

- Kotchick, B. A., & Forehand, R. (2002). Putting parenting in perspective: A discussion of the contextual factors that shape parenting practices. *Journal of child and family studies, 11*(3), 255-269.
- Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Gouze, K. R., Cicchetti, C., Pochyly, J., Arend, R., . . . Binns, H. J. (2008). Treating oppositional defiant disorder in primary care: A comparison of three models. *Journal of Pediatric Psychology, 33*(5), 449-461. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm074>
- Levendosky, A. A., Lynch, S. M., & Graham-Bermann, S. A. (2000). Mothers' perceptions of the impact of woman abuse on their parenting. *Violence against women, 6*(3), 247-271.
- Lopes, M. S. O. C., Lopes, F. O., Catarino, H., & Dixe, M. D. A. (2010). Parentalidade nos primeiros três anos da criança: stress e coping auto relatados pelos pais. In *XVII Congresso Internacional INFAD*.
- Machado, C. (2005). Evoluções paradigmáticas na avaliação forense. *Psicologia. Teoria, Investigação e Prática, 10*, 47-63.
- Machado, C., Gonçalves, M., & Matos, M. (2003). ECPF-Escala de crenças sobre punição física. L. Almeida, M. Simões, C. Machado y MM Gonçalves (Coords.), *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa, 1*, 81-98.
- Machado, C., Gonçalves, M., & Vila-Lobos, A. J. (2002). Crianças expostas a múltiplas formas de violência. C. Machado & RA Gonçalves (Coords.), *Violência e vítimas de crimes, 2*, 133-168.
- Mayer, G. (2011). Health literacy: an opportunity for nurses to lead by example. *Nursing Outlook, 59*, 59–60. doi:10.1016/j.outlook.2011.01.006.
- McMenamy, J., Sheldrick, R. C., & Perrin, E. C. (2011). Early intervention in pediatrics offices for emerging disruptive behavior in toddlers. *Journal of Pediatric Health Care, 25*(2), 77-86. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.08.008>
- Mendelsohn, A. L., Dreyer, B. P., Brockmeyer, C. A., Berkule-Silberman, S. B., Huberman, H. S., & Tomopoulos, S. (2011). Randomized controlled trial of primary care pediatric parenting programs: Effect on reduced media exposure in infants, mediated through

- enhanced parent–child interaction. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165(1), 42–48.
- Mian, N. D., Godoy, L., Eisenhower, A. S., Heberle, A. E., & Carter, A. S. (2016). Prevention services for externalizing and anxiety symptoms in low-income children: The role of parent preferences in early childhood. *Prevention Science*, 17(1), 83-92.
- Montroy, J. J., Bowles, R. P., Skibbe, L. E., McClelland, M. M., & Morrison, F. J. (2016). The development of self-regulation across early childhood. *Developmental Psychology*, 52(11), 1744.
- Muñiz, E. I., Silver, E. J., & Stein, R. E. (2014). Family routines and social-emotional school readiness among preschool-age children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 35(2), 93-99.
- Nanda, M. M., Kotchick, B. A., & Grover, R. L. (2012). Parental psychological control and childhood anxiety: The mediating role of perceived lack of control. *Journal of Child and Family Studies*, 21(4), 637-645.
- Nelson, D. A., Yang, C., Coyne, S. M., Olsen, J. A., & Hart, C. H. (2013). Parental psychological control dimensions: Connections with Russian preschoolers' physical and relational aggression. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 34(1), 1-8.
- Njoroge, W. F. M., Bernhart, K. P. (2011). Assessment of behavioral disorders in preschool-aged children. *Current Psychiatry Reports*, 13, 84–92.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. Artmed Editora.
- Patias, N. D., Siqueira, A. C., & Dias, A. C. G. (2013). Práticas educativas e intervenção com pais: a educação como proteção ao desenvolvimento dos filhos. *Mudanças – Psicologia Da Saúde*, 21(1), 29–40.
- Patrick, R. B., & Gibbs, J. C. (2012). Inductive discipline, parental expression of disappointed expectations, and moral identity in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(8), 973-983.
- Pereira, D. I. F., & Alarcão, M. (2014). “Parentalidade minimamente adequada”: Contributos para a operacionalização do conceito. *Análise Psicológica*, 32(2), 187– 201. <https://doi.org/10.14417/ap.721>

- Perrin, E. C., Sheldrick, R. C., McMenamy, J. M., Henson, B. S., & Carter, A. S. (2014). Improving parenting skills for families of young children in pediatric settings: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, *168*(1), 16-24. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.2919
- Piotrowski, J. T., Lapierre, M. A., & Linebarger, D. L. (2013). Investigating correlates of self-regulation in early childhood with a representative sample of English-speaking American families. *Journal of child and family studies*, *22*(3), 423-436.
- Regalado, M., Larson, K., Wissow, L. S., & Halfon, N. (2010). Factors associated with discipline counseling for parents of infants and young children. *Academic Pediatrics*, *10*(5), 353-359.
- Regalado, M., Larson, K., Wissow, L. S., & Halfon, N. (2010). Factors associated with discipline counseling for parents of infants and young children. *Academic Pediatrics*, *10*(5), 353-359.
- Reid, G. J., Stewart, M., Vingilis, E., Dozois, D. J. A., Wetmore, S., Jordan, J., . . . Zaric, G. S. (2013). Randomized trial of distance-based treatment for young children with discipline problems seen in primary health care. *Family Practice*, *30*(1), 14-24. <https://doi.org/10.1093/fampra/cms051>
- Ribeiro, J. M. (2009). *Saúde: a liberdade de escolher*. Gradiva.
- Rooke, O., Thompson, M., & Day, C. (2004). School-Based Open Access Parenting Programmes: Factors Relating to Uptake. *Child and Adolescent Mental Health*, *9*(3), 130–138. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2004.00095.x>
- Rosli, N. A. (2014). Effect of parenting styles on children's emotional and behavioral problems among different ethnicities of Muslim children in the US.
- Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of family psychology*, *22*(4), 506.
- Sanders, M. R., & Mazzucchelli, T. G. (2018). *How parenting influences the lives of children*. In M. R. Sanders & T. G. Mazzucchelli (Eds.), *The Power of Positive Parenting. Transforming the Lives of Children, Parents and Communities Using the Triple P System* (pp. 5–31). New York: Oxford University Press.

- Sandler, I. N., Schoenfelder, E. N., Wolchik, S. A., & MacKinnon, D. P. (2011). Long-term impact of prevention programs to promote effective parenting: Lasting effects but uncertain processes. *Annual review of psychology, 62*, 299-329.
- Scott, D. A., & Hill, J. (2001). Stability and change in parenting beliefs in first-time mothers from the pre-to postnatal period. *Journal of reproductive and infant psychology, 19*(2), 105-119.
- Smith, A. B. (2005). *Is physical punishment a mental health risk for children? Paper presented in Child and Adolescent Mental Health Conference, Dunedin, New Zealand.*
- Stafford, M., Kuh, D. L., Gale, C. R., Mishra, G., & Richards, M. (2016). Parent-child relationships and offspring's positive mental wellbeing from adolescence to early older age. *The journal of positive psychology, 11*(3), 326-337.
- Suldo, S. M., & Fefer, S. A. (2013). Parent-child relationships and well-being. In *Research, Applications, and Interventions for Children and Adolescents* (pp. 131-147). Springer, Dordrecht.
- Sutherland, W. J., Pullin, A. S., Dolman, P. M., & Knight, T. M. (2004). The need for evidence-based conservation. *Trends in ecology & evolution, 19*(6), 305-308.
- Taillieu, T. L., Brownridge, D. A., Sareen, J., & Afifi, T. O. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect, 59*, 1-12.
- Taylor, C. A., McKasson, S., Hoy, G., & DeJong, W. (2017). Parents' Primary Professional Sources of Parenting Advice Moderate Predictors of Parental Attitudes toward Corporal Punishment. *Journal of Child and Family Studies, 26*(2), 652-663. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0586-3>
- Turner, K. M. T., & Sanders, M. R. (2006). Help when it's needed first: A controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behavior Therapy, 37*(2), 131-142. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.05.004>
- Verschueren, K. (2019). Attachment, self-esteem, and socio-emotional adjustment: there is more than just the mother. *Attachment & human development, 1-5*.

- Weber, L. N. D., Prado, P. M., Viezzer, A. P., & Brandenburg, O. J. (2004). Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 323–331. <https://doi.org/10.1590/S010279722004000300005>
- Weber, L. N. D., Stasiak, G. R., & Brandenburg, O. J. (2003). Percepção da interação familiar e auto-estima de adolescentes. *Aletheia*, (17-18), 95-105.
- Webster-Stratton, C. (2013). Guia de Resolução de Problemas para Pais de Crianças dos 2 aos 8 anos de Idade. *Os Anos Incríveis*. 3ª Edição. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Whiteside-Mansell, L., Bradley, R. H. & McKelvey, L. (2009). Parenting and preschool child development: examination on three low-income U.S. cultural groups. *Journal of Child and Families Studies*, 18, 48-60.
- Wissow, L. S. (2002). Child discipline in the first three years of life. *Child rearing in America: Challenges facing parents with young children*, 146-177.
- Worsham, N. L., Kretchmar-Hendricks, M. D., Swenson, N., & Goodvin, R. L. (2009). At-risk mothers' parenting capacity: An epistemological analysis of change through intensive intervention. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(1), 25–41. <https://doi.org/10.1177/1359104508100134>

Anexos

Anexo 1. Guião de Entrevista Semiestruturado para Profissionais de Saúde sobre Práticas Disciplinares Parentais

Dimensões	Objetivos específicos	Tópicos	Exemplos de questões
Legitimação da entrevista		<ul style="list-style-type: none"> -Apresentação investigadora; -Informação acerca dos objetivos da investigação, explicitando os objetivos da entrevista; -Solicitar a colaboração do entrevistado e salientar a importância do seu contributo; -Preenchimento consentimento informado 	
Caracterização do participante		<p>(questões finais)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dados sociodemográficos (idade, habilitações literárias; contexto de atuação - público/privado/clínica/centro de saúde/hospitalar; número de filhos e idade; área geográfica) 	<ul style="list-style-type: none"> -Há quanto tempo trabalha na área? Há quantos anos trabalha com famílias?
Práticas disciplinares parentais	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar/descrever as crenças e perceções dos profissionais de saúde acerca das práticas disciplinares parentais; 	<ul style="list-style-type: none"> -Preocupações dos profissionais e dos pais; -Problemas comportamentais; -Prevenção de comportamentos disruptivos; -Promoção de comportamentos adequados; 	<ul style="list-style-type: none"> - Enquanto profissional de saúde que trabalha com famílias, quais são as suas preocupações específicas com a educação? -Quais costumam ser as dificuldades relativas aos comportamentos das crianças que os pais mais trazem para consulta?

Anexo 1. Guião de Entrevista Semiestruturado para Profissionais de Saúde sobre Práticas Disciplinares Parentais

Dimensões	Objetivos específicos	Tópicos	Exemplos de questões
		-Fatores que influenciam as práticas adotadas	-Considera existirem práticas disciplinares mais direcionadas para a prevenção de comportamento disruptivos? -E, por outro lado, considera existirem práticas disciplinares que assentem na promoção de comportamentos mais adequados? -Abordando as práticas disciplinares parentais mais centradas na prevenção do comportamento disruptivo, quais as práticas que identifica? -Na promoção/consolidação de comportamentos adequados, que práticas identifica como catalisadores deste processo? -Como avalia cada uma dessas práticas? -Da sua experiência, considera existirem práticas disciplinares “mais” e “menos” positivas? - Poder-me-ia objetivar esta questão com exemplos concretos? -Considera existirem fatores, internos e externos, que possam influenciar as práticas disciplinares adotadas pelos pais? Consegue dar-me alguns exemplos?

Anexo 1. Guião de Entrevista Semiestruturado para Profissionais de Saúde sobre Práticas Disciplinares Parentais

Dimensões	Objetivos específicos	Tópicos	Exemplos de questões
Orientação e valorização	- Analisar a perceção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os pais fazem do seu aconselhamento no âmbito das práticas disciplinares	-Disponibilidade para abordar as práticas disciplinares em consulta; -Perceção da importância do seu aconselhamento; -Importância do seu aconselhamento pelos pais; -Tipo de informação utilizada	-Com que frequência os pais recorrem ao seu aconselhamento relativamente a como devem agir na educação dos seus filhos? -No caso dos pais não recorrerem ao seu aconselhamento relativamente às práticas disciplinares a adotar, de que forma se disponibiliza/ toma iniciativa para abordar este assunto? -Assumindo a sua disponibilidade para abordar estas temáticas, o seu aconselhamento acontece num episódio único? -De que forma perceciona como importante o seu aconselhamento relativamente a estas práticas? -E, por outro lado, como pensa ser esse aconselhamento validado/valorizado pelos pais? -Em que medida se sente confiante para debater estas questões com os pais? -Costuma fazê-lo com base em que tipo de informações (artigos, formação realizada, infância, vivência da parentalidade)?
Informações complementares			-Há alguma informação que gostaria de salientar/ acrescentar que não foi contemplada nas questões?

Anexo 1. Guião de Entrevista Semiestruturado para Profissionais de Saúde sobre Práticas Disciplinares Parentais

Dimensões	Objetivos específicos	Tópicos	Exemplos de questões
Remate da entrevista	Agradecer a disponibilidade e colaboração.		

Anexo 2. Questionário sociodemográfico

Idade: _____

Sexo: Feminino ____ Masculino ____

Habilitações literárias: _____

Número de filhos:

Filhos	Idade
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Contexto de atuação: Público ____ Privado ____ Hospital ____ Centro de Saúde ____

Tempo de serviço: _____

Área geográfica: _____

Anexo 3. Declaração de consentimento informado



CATOLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exma(o) Sr^a/Sr^o,

No âmbito do 2º ano de Mestrado em Psicologia – especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, estou a desenvolver um estudo cujo título é “Práticas Disciplinares Parentais: Crenças e perceções dos profissionais de saúde”, orientado pela Prof^a Doutora Mariana Negrão e a Prof^a Doutora Lurdes Veríssimo (investigadoras no Centro de Estudos para o Desenvolvimento Humano), inserido no Projeto “Parenting Practices – attitudes os professionals that support parenting”.

O objetivo geral deste estudo prende-se com a identificação das crenças e perceções dos profissionais de saúde acerca das práticas disciplinares parentais em idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, assim como com a análise da perceção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os pais fazem do seu aconselhamento no âmbito destas práticas.

Desta forma, venho, por este meio, solicitar a sua disponibilidade para participar numa breve entrevista que, caso aceite colaborar no estudo, deverá ser gravada. Os dados deste estudo serão **mantidos anónimos e confidenciais**, sendo divulgados publicamente apenas os resultados globais por grupos de indivíduos sem qualquer informação que leve à identificação dos respetivos participantes.

A decisão de participar neste estudo é voluntária, podendo recusar a participação ou interromper a qualquer momento, sem qualquer prejuízo por esse facto.

Investigadores do estudo

Mariana Pinho

Prof^a Doutora Mariana Negrão

Prof^a Doutora Lurdes Veríssimo

Consentimento

Declaro que fui informada/o e percebi os objetivos e procedimentos do estudo e aceito participar no mesmo, consentindo que os dados sejam apresentados de forma completamente anónima e confidencial.

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³		
1. Percepção dos profissionais de acerca das preocupações com a educação	1.1. Família	1.1.1. Questões idiossincráticas dos pais	1.1.1.1. Estilo parental	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre as preocupações com a conduta dos pais na educação das crianças.	E3: “...a perceberem que tem que existir uma coerência, não é, na forma como eles vão desenvolvendo a sua parentalidade”.	8	23
			1.1.1.2. Expectativas desajustadas	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre as preocupações com as expectativas	E4: “Se aprenderam a lidar ou se continuam a insistir numa forma de tem que ser ou, ele não faz isto ou é		

² Número de fontes

³ Número de referências

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³	
		desajustadas face ao muito irrequieto comportamento e e começam a desenvolvimento das falar daqueles crianças. riscos da hiperatividade.”				
	1.1.2. Vivência familiar	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre as preocupações com a vivência familiar.	E6: “se houver tapete para, porque às vezes os pais também se esquecem que têm que ter tempo livre para estar com os miúdos, não é infantário, cama.”	7	16	
	1.2. Crianças	1.2.1. Ajustamento ao nível	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo	E1: “Preocupações, garantir que os	4	7

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
	desenvolvimen tal	relativas à percepção dos profissionais sobre as preocupações com questões relacionadas com a criança, no que concerne ao ajustamento ao nível desenvolvimental.	pais estejam adequados ao estádio de desenvolviment o da criança, que saibam as atividades promotoras de desenvolviment o”.		
	1.2.2. Necessidades básicas	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais sobre as preocupações com questões relacionadas com a criança, no que	E4: “Ou mesmo a questão da negligência, se vêm bem cuidados, se não vierem bem cuidados e se ele me diz “ah, ele vomitou e estava	4	5

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³	
		concerne às necessidades básicas.	todo sujo” e se eu noto que a criança não está bem cuidada.”			
	1.3. Ausência de preocupações	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a ausência de preocupações no âmbito das práticas disciplinares.	E1: “São as preocupações normais, não tenho assim nada de muito específico nesta área.”	1	2	
	2.1. Crianças	2.1.1. Ajustamento ao nível desenvolvimental	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre as preocupações	E2: “geralmente é o lidar com as birras, põe-nos muito essa questão.”	8	1

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
2. Perceção dos profissionais de acerca das preocupações dos pais com a educação		dos pais com questões relacionadas com comportamentos e situações normativos para a idade (birras, adaptação à escola).			
	2.1.2. Necessidades básicas	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre as preocupações dos pais com questões relacionadas com as necessidades básicas de higiene, alimentação e sono.	E11: “A alimentação, as horas de sono.”	6	9
7	2.2. Pais	Codificam-se nesta categoria todas as dificuldades que	E10: “As	6	10

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
	2.2.1. Estilo parental	unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre as preocupações dos pais com questões relacionadas com eles próprios na conduta disciplinar.	os pais mais trazem para consulta têm a ver com, sobretudo, criação de regras e com aquilo que eles chamam de educação. A disciplina.”		
	2.2.2. Expectativas desajustadas	relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre as preocupações dos pais no que concerne	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo pouco mais agitados, não pararem quietos, alguns pais começam a ter dúvidas se terão alguma	2	3

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		expectativas desajustadas face ao comportamento, duvidando da presença diagnóstica.	hiperatividade ou não, por estarem sempre a querer mexer ou fazer alguma coisa.”		
	2.3. Preocupações com baixa frequência	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a pouca frequência de preocupações apresentadas pelos pais no âmbito das práticas disciplinares parentais.	E10: “Às vezes, nem sempre trazem ou nem sempre têm insight para aquilo que deve ser feito ou podem fazer.”	6	7
	2.4. Ausência de preocupações	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a ausência de	E6: “Hmm... não. Nós é que na consulta de saúde infantil temos que	1	2

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³	
		preocupações dos pais no âmbito das práticas disciplinares.	perguntar, isso também faz parte. Mas não, a mim não me perguntam. Não, não.”			
3.1. Positivas	3.1.1. Abordagem securizante de compreensão das consequências	3.1.1.1. Distração	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre focar a criança noutra atividade.	E4: “Como é que a criança, se está a fazer determinada coisa, como é que a levamos a fazer outra ou por distração.”	1	1
3. Perceção dos profissionais de saúde		3.1.1.2. Expressão de desapontamento	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre expressar sentimentos de	E10: “Eu ajusto o meu comportamento de forma a que eles percebam	1	1

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F ²	Ref ³
sobre as práticas disciplinares parentais		desagrado face o que eles estão comportamento da criança.	errados, sem recorrer propriamente à violência.”		
	3.1.1.3. Lidar com a frustração	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a importância da criança lidar com os seus insucessos.	E11: “o eles saberem lidar com a frustração de ficar lá e chorar um bocadinho, sei que às vezes custa muito, mas tem que ser.”	2	2
	3.1.1.4. Antecipar acontecimentos	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre	E2: “Dizer o quê que vão fazer, o quê que vai acontecer... se eles preverem o	3	3

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³	
		antecipar as atividades a realizar com a criança.	a quem que vai acontecer, as crianças ficam mais calmas também, para não irem para um sítio desconhecido.”			
3.1.1.5.	Desvalorizar	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre não reagir aos comportamentos desajustados.	E5: “não valorizem muito a reação que a criança está a ter.”	4	4	
3.1.1.6.	3.1.1.6.1. Comunicação	Explicação	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de	E8: “Se calhar explicar-lhes doutra forma, o porquê o não, não é só dizer	7	17

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		registro relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a estratégia de explicação das situações, sentimentos e comportamen tos.	que não, mas explicar o porquê que é, não é aconselhável.”		
	3.1.1.6.2. Compreensão	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registro relativas à	E5: “E depois da criança se acalmar, então aí falar com a criança sobre isso, sobre o que a motivou, de	4	12

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		percepção dos profissionais de saúde sobre a estratégia de compreensão das necessidades da criança e consequente comportamento.	acordo com a capacidade de compreensão da criança, de acordo com a idade que tem.”		
3.1.2. Envolvimento parental	3.1.2.1. Modelagem	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a relevância da aprendizagem através do exemplo dos pais.	E4: “Uma questão de exemplo. Nestas idades, a maior parte das vezes, é uma questão de exemplo em	4	4

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
			relação a quase tudo.”		
	3.1.2.2. Expressão de afeto	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a importância do afeto para o desenvolvimento adaptativo das crianças.	E3: “As crianças sintam segurança e sintam que tudo aquilo que lhes estão a fazer, estão a fazer por amor, por afeto, pelo amor imenso que têm pelos filhos.”	3	7
	3.1.2.3. Segurança	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a necessidade dos pais em proteger as crianças.	E5: “No âmbito das birras, aquilo que eu normalmente aconselho é que se assegurem	3	4

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³	
			que as crianças não correm riscos no local em que estão a fazer a sua birra e que não existindo risco para a criança.”			
	3.1.2.4. Fazer atividades com as crianças	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a necessidade dos pais em realizarem atividades com a criança.	E2: “Então tentar ter atividades lúdicas, até ir para a biblioteca com eles, para terem contacto com os livros.”	1	1	
	3.1.3. Práticas familiares	3.1.3.1. Rotinas	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a	E11: “Ora, acho que o criar padrões é fundamental	4	7

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		relevância de manter rotinas na vida das crianças.	desde bebé. É uma prática positiva.		
	3.1.3.2. Consistência	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a estabilidade das práticas disciplinares e da dinâmica familiar.	E5: “Então, por princípio, se há coisas que nós não queremos que as crianças façam, nunca devemos permitir que elas as façam, mesmo que nós estejamos a supervisionar para não ser confuso.”	2	2
		Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo	E2: “A mais positiva que é	2	2

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
	3.1.3.3. Práticas conscientes	relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a o conceito de consciencialização necessária à parentalidade positiva.	aquela que é consciente.”		
		Codificam-se nesta categoria	E5: “tentar criar	1	1
	3.1.3.4. Criar ambiente tranquilizador	todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a ausência de atividades muito estimulantes antes de dormir.	um ambiente mais tranquilizador para que a criança adormeça.”		
		Codificam-se nesta categoria	E4: “Ter uma	1	1
	3.1.3.5. Papel interveniente da criança na programação e escolha de atividades	todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre incluir a criança na escolha de atividades que incluam os seus interesses.	perspetiva mais de contar com a criança para programar as coisas.”		

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
	3.1.3.6. Coerência	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a importância de haver coerência na educação.	E5: “Desde que nós estejamos coerentes com o tipo de regras que vamos impondo.”	1	1
3.1.4. Punição	3.1.4.1. Castigar	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre o benefício de castigar as crianças para que percebam o erro.	E11: “Agora, a punição, ficar de castigo, eu acho que sim. É preciso perceber, eles têm que ter limites e é preciso perceber até onde é que podem ir.”	6	8
	3.1.4.2. Palmada	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo	E9: “Palmada também e com	3	3

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre o benefício da palmada como prática disciplinar.	palmada não estou a dizer sacudir o pó. Porque eu tenho filhos e também faço isso muitas vezes.”		
	3.1.4.3. Time out	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre estabilizar o comportamento das crianças através da estratégia <i>time-out</i> .	E5: “às vezes é preciso fazer um time-out, pôr a criança num local e deixá-la pensar um bocadinho sobre isso.”	2	3
	3.1.5. Reforço positivo	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre o benefício de incentivar, valorizar e	E7: “Práticas mais positivas, o valorizar quando fazem bem.”	5	7

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³		
		recompensar a criança pelo comportamento ajustado.					
	3.1.6. Imposição de limites e regras	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre o benefício disciplinar assertivamente as crianças.	E3: “Com a imposição de limites mas, eles perceberem sempre que esses limites vêm sempre com afeto.”	4	5		
3.2. Negativas	3.2.1. Punição	3.2.1.1. Violência física	3.2.1.1.1. Palmada	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais	E4: “Evitar ao máximo e, por vezes, convém sempre que fique claro que as palmadas e as punições não têm qualquer cabimento, nem	5	5

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		de saúde sobre a utilização da palmada como prática disciplinar negativa.	sequer devem ser uma alternativa.”		
	3.2.1.1.1. Punir	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registro relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a punição em	E8: “Punir e o ser agressivo são assim condutos não muito apropriados.”	3	3

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		geral como prática disciplinar negativa.			
	3.2.1.1.2. Violência psicológica	Codificam-se nesta categoria E2: todas as unidades de registo sempre a ver pela relativas à percepção dos negativa, é uma profissionais de saúde sobre as prática implicações da violência disciplinar que psicológica associadas ao uso não vai dar da ameaça, adjetivos resultado, além pejorativos e grande grau de de diminuir a exigência das crianças. autoestima.”	“Estar	5	6
	3.2.1.1.3. Gritar	Codificam-se nesta categoria E5: todas as unidades de registo deve ser relativas à percepção dos conversado com profissionais de saúde sobre a eles, de uma prática de gritar como forma tranquila, sem gritos.”	“Que isso	5	6

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		aumentando o comportamento desajustado da criança.			
	3.2.1.1.4. Castigar	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a prática do castigo para que as crianças percebam o erro.	E2: “Fazer castigos ou ... Quer dizer, está a puni-lo, mas, ao mesmo tempo, está a prejudicá-lo.”	4	7
3.2.2. Práticas familiares	3.2.2.1. Discussões de casal	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a dinâmica conjugal pautada por conflitos e discussões.	E1: “Discussões entre o casal à frente dos filhos.”	1	2
	3.2.2.2. Incoerência parental	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a	E1: “ou desautorizar, também às vezes acontece, o	1	2

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		ausência de concordância parental na adoção de práticas disciplinares.	cônjuge na consulta, por isso, também imagino que aconteça em casa à frente dos filhos.”		
	3.2.2.3. Negligência	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre os maus tratos e negligência ao nível das necessidades básicas.	E4: “E muitas vezes nós vemos eles a entrarem com os doces e, para mim, isso também é uma forma de maus tratos à criança. Os pais não sabem pensar e colocar qual a prioridade em	1	2

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³	
			termos da alimentação e do cuidado à criança.”			
	3.3.3.	3.3.3.1.	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a desresponsabilização do comportamento desajustado da criança.	E2: “Estar no fundo aí o ónus daquele problema ou outro amiguinho que é mau ou a professora que fez mal.”	1	2
Dificuldade em reagir a comportament os desajustados da criança	Desresponsabiliz ação					
	3.3.3.2.	Reatividade	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a ineficácia de reações exageradas aos	E4: “E se eles reagem é um ciclo que se perpetua.”	1	1

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		comportamentos desajustados da criança.			
	3.3.3.3. Sobreproteção	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a proteção constante, com implicação na autonomia das crianças.	E2: “Os pais protegerem demasiado.”	1	1
	3.3.3.4. Ceder	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a ausência de firmeza na imposição de regras.	E2: “Alguns pais cedem, pronto. E aí nós tentamos explicar que isso não é a melhor forma, porque senão vai haver cada vez mais a birra para que haja uma	1	1

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³	
			resposta positiva.”			
	3.3.4. Reforço positivo	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a ausência de benefício no uso de recompensas materiais para a aprendizagem de um comportamento.	E5: “Acho que a criança não aprende a alterar o comportamento, altera o comportamento para adquirir ou para ter um prémio.”	1	2	
	3.3.5. Comunicação	3.3.5.1. Não sem explicação	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a ausência da explicação na educação das crianças.	E2: “Porque se for “não, não, porque não” ela vai lá mesmo pôr a mão no fogão.”	1	1

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
	3.3.5.2. Sem compreensão da situação	Codificam-se nesta categoria E11: todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a ausência de compreensão do comportamento face às necessidades da criança.	“Eles 1 estarem a fazer birra e os pais não tentarem perceber o quê que se está a passar para eles fazerem birra.”	1	1
4. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores que determinam a adoção de	4.1. Pais 4.1.1. Vivência do dia-a-dia	4.1.1.1. Disponibilidade e tempo	Codificam-se nesta categoria E3: “Do tempo que podem dedicar às crianças, o facto de muitas vezes, colocarem as tarefas domésticas como prioridade em relação ao	6	10

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
práticas disciplinares			contacto com os filhos.”		
	4.1.1.2. Tarefas laborais	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares associados à vivência do dia-a-dia dos pais, especificamente quanto às condições laborais.	E5: “Hoje em dia o tempo, as tarefas laborais que são muito extensas.”	6	7
	4.1.1.3. Stresse diário	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares associados à vivência do dia-a-dia dos pais, especificamente	E8: “Eu acho que os pais têm pouca, se calhar estão cansados, pouca disponibilidade para os ouvir.”	4	9

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		quanto ao stresse do dia-a-dia, incluindo cansaço, menor disposição.			
	4.1.1.4. Tranquilidade	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares associados à vivência do dia-a-dia dos pais, especificamente quanto ao bem-estar emocional.	E2: “No fundo é, é se a pessoa ou se os pais forem, lá está, calmos, emocionalmente equilibrados.”	1	2
4.1.2. Experiência da parentalidade	4.1.2.1. Pais jovens	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares	E8: “O que se nota mais nesta geração assim mais jovem, temos alguns casais mais jovens, muitas	3	4

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		associados à experiência da parentalidade em pais jovens.	vezes também não estão preparados para ser pais.”		
	4.1.2.2. Gravidez planeada ou não	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares associados à experiência da parentalidade associada ao planeamento da gravidez.	E4: “Se foi desejada ou não essa gravidez.”	2	3
	4.1.2.3. Exigência do exercício da parentalidade	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares	E8: “Põe os filhos, mas depois também há a grande responsabilidade de cuidar dos	2	2

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		associados à exigência de assumir os desafios de ser pai e mãe.	filhos, e não é fácil. É um desafio grande.”		
4.1.2.4. Vivência anterior da parentalidade		Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares associadas à experiência anterior no exercício da parentalidade.	E2: “Então quando já é o segundo filho, em que já antecipam algumas coisas.”	1	3
4.1.2.5. Ausência de uma das figuras parentais		Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares associadas à dificuldade	E2: “E o marido também estava ausente e era muito difícil.”	1	2

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		quando uma das figuras parentais está ausente.			
	4.1.2.6. Primeiro filho	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares associados à dificuldade quando é a primeira experiência de parentalidade.	E2: “Geralmente na consulta quando é o primeiro filho ou o segundo filho, quando seguimos o casal ao longo do tempo, dá para perceber a diferença em que... hmm, geralmente no primeiro filho é tudo muito de primeira viagem.”	1	1

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
	4.1.3. Psicopatologia	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares associados fragilidade na saúde mental dos pais.	E3: “Estarem com síndrome depressivo ou alguma ansiedade, algo que possa desencadear um comportamento menos adequado.”	4	8
	4.1.4. Vivência da infância e educação	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares associados à educação dos próprios pais durante a infância.	E9: “Podemos também referir a educação que tiveram.”	4	4
4.2. Família	4.2.1. Contexto familiar	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção	E10: “A própria dinâmica familiar pode	7	11

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		de práticas disciplinares associados ao contexto familiar dos pais e criança.	facilitar ou prejudicar a educação que depois damos aos filhos.”		
	4.2.2. Conjugalidade	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares associados ao casal, incluindo a qualidade e dinâmica da relação.	E4: “A relação do próprio casal não podemos descorar.”	4	4
	4.2.3. Suporte familiar	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares associados ao benefício de ter apoio familiar na educação das crianças.	E8: “Pessoas que têm algum apoio familiar conseguem ter mais tempo.”	2	3
		Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção	E2: “Conheço essa mãe, a avó. Os avós que, às vezes, também	2	3

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³	
	4.2.4. Permissividade dos avós	de práticas disciplinares associados às implicações menos positivas da permissividade dos avós.	são um bocadinho mais permissivos e depois isso às vezes também há aqui uma discussão entre eles e, muitas vezes, quem leva com as consequências são as crianças.”			
4.3. Crianças	4.3.1. Características	4.3.1.1. Tipo de filhos	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares	E1: “Há também fatores internos como o tipo de filhos. Há filhos que são difíceis de gerir, dentro de um	2	2

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		associados ao temperamento das crianças.	comportamento que é normal.”		
	4.3.1.2. Personalidade	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares associados às características da personalidade das crianças.	E10: “Acho que a personalidade das crianças.”	2	2
4.3.2. Situacional	4.3.2.1. Excesso de atividades extracurriculares	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares associados a situações em que as crianças estão mais cansadas,	E5: “As crianças passam muito tempo longe dos pais e, portante, quando estão na presença deles, para chamarem a sua atenção, são muito, parecem	2	4

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		irrequietas e que necessitam de atenção dos pais.	muito quezilentos, quando na verdade estão só a pedir atenção.”		
	4.3.2.2. Patologia	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares associados à diferença na educação em situações em que as crianças estão doentes.	E11: “Se a criança está ou não doente, porque o comportamento fica logo alterado.”	2	2
4.4. Dimensões do contexto	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares associados ao contexto social e económico em que a criança, os pais ou a família se encontram.	E4: “Em termos sociais também. Temos algumas crianças acompanhadas	6	6	

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
socioeconómi co			pela CPCJ, algumas crianças que têm situações de vivência bem mais complexas.”		
4.5. Sociedade	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores determinantes para a adoção de práticas disciplinares associados às imposições da sociedade.	E2: “No fundo, a sociedade impõe alguns padrões e que, muitas vezes, não são os corretos. Claro que sabemos que as crianças precisam de descansar, mas às vezes também não olham às		3	3

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³		
			necessidades da criança.”				
			Codificam-se nesta categoria				
	5.1. De que forma é realizado o acompanhamento	5.1.1. Estratégias utilizadas	5.1.1.1. Avaliar e recolher informação	5.1.1.1. Avaliar e todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre as estratégias utilizadas no aconselhamento, especificamente, a necessidade avaliação da situação.	E4: “Assim, nós temos consultas em idades-chave. E, portanto, nós vamos tentando perceber se existe algum sinal de alerta ou alguma situação mais em termos de comportamento que nos possa chamar a atenção.”	9	27
5. Perceção dos profissionais de saúde sobre o tipo de aconselhamento							

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
	5.1.1.2. Redução do stress parental	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre as estratégias utilizadas no aconselhamento, especificamente, normalização e validação dos sentimentos e preocupações dos pais.	E7: “E, se quando nós achamos que é uma coisa que é normal, não é patológica, tranquilizamos os pais.”	8	15
	5.1.1.3. Referenciar	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre as estratégias utilizadas no aconselhamento, especificamente, para a psicologia.	E11: “Depois, quando acho que já ultrapassa as minhas capacidades, tento pedir ajuda a outro tipo de colaboração. Pedir ajuda ao psicólogo	6	25

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
			quando já vai pelo caminho que possa pôr em causa a integridade da criança, o desenvolvimento da criança.”		
	5.1.1.4. Aumentar literacia em saúde	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre as estratégias utilizadas no aconselhamento, especificamente, informar os pais sobre os níveis de desenvolvimento daquela criança e aconselhar	E3: “Falamos um bocadinho daquilo que são os comportamentos da criança esperados para aquele estágio desenvolvimental.”	6	14
		bibliografia.			

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
	5.1.1.5. Adaptar o aconselhamento	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre as estratégias utilizadas no aconselhamento, especificamente, adaptar o aconselhamento à realidade das famílias.	E5: “Depois tem que se ir adaptando um bocadinho à realidade das famílias.”	6	10
	5.1.1.6. Por orientações consensuais da literatura	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre as estratégias utilizadas no aconselhamento, especificamente, segundo orientações consensuais, como o boletim de saúde infantil e a escala Mary Sheridan.	E5: “Eu vou tentando para meu recordatório o livrinho das crianças, o boletim de saúde infantil que, normalmente, fala dos diferentes temas	4	5

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
			e tem lá uma série de itens.”		
	5.1.1.7. Reflexão com os pais	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre as estratégias utilizadas no aconselhamento, especificamente, refletir em conjunto com os pais sobre os comportamentos e práticas mais adequadas à situação.	E3: “Muito dentro disto, põ-los a pensar um bocadinho e não existem diretivas.”	3	9
	5.1.1.8. Antecipar as necessidades	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre as estratégias utilizadas no aconselhamento, especificamente, antecipar as	E3: “Antecipar algumas situações que são comuns e também para eles próprios não perderem o	2	3

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		necessidades dos pais e das crianças.	controlo, não terem expectativas que podem ser, de certa forma, demasiado exigentes para eles e para a criança.”		
5.1.2. Competências	5.1.2.1. Ser diretivo	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre as competências que consideram necessárias a um aconselhamento eficaz, como o ser diretivo.	E5: “Se calhar em algumas consultas somos mais austeros no aconselhamento.”	3	3
		Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo	E8: “Acabamos por os perceber	2	3

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
	5.1.2.2. Ser empático	relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre as competências que consideram necessárias a um aconselhamento eficaz, como a empatia.	de forma empática e também tivemos situações como alguns tiveram na consulta e nos colocamos no lugar dos pais.”		
	5.1.2.3. Comunicação	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre as competências comunicacionais que consideram necessárias a um aconselhamento eficaz, como fragmentar a mensagem e simplificar e adaptar o discurso ao indivíduo.	E10: “Ajustar o meu discurso, fragmentar a mensagem, e simplificá-la, pô-la numa linguagem que é perceptível pelo utilizador.”	1	2

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
5.2. Disponibilida de dos profissionais de saúde	5.2.1. Proatividade no aconselhament o disciplinar	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a sua disponibilidade para o aconselhamento, especificando a proatividade com que iniciam este aconselhamento.	E1: “Mesmo que não falem, costume eu antecipar na altura dos dois anos começamos a falar disto e de estratégias para lidar com as birras.”	11	21
	5.2.2. Consultas extra	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a sua disponibilidade para o aconselhamento, especificando a marcação de consultas adicionais em casos que consideram necessário.	E7: “Mesmo se virmos que é uma situação um bocadinho mais complexa, se os pais não estão mesmo a saber lidar com a situação.”	10	13

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³	
	5.2.3. Processo contínuo de aconselhamento	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a sua disponibilidade para o aconselhamento, especificando que este é um processo que decorre em várias consultas.	E8: “Isto é contínuo, mediante a idade da criança, vamos seguindo as preocupações.”	8	12	
	5.2.4 Prioridade do aconselhamento	5.2.4.1. Prioridade de aconselhamento em função de um problema	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a sua disponibilidade para o aconselhamento, especificando que o aconselhamento é prioritário se houver um problema.	E10: “Nem é hábito nós abordarmos muitas vezes as crianças, supostamente, saudáveis a partir dos três anos.”	5	9
		5.2.4.2. Prioridade de	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos	E7: “Se calhar não de uma forma tão	4	5

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³	
		aconselhamento dependendo da temática	profissionais de saúde sobre a sua disponibilidade para o aconselhamento, especificando que o aconselhamento é prioritário se a temática for a saúde física.			
	5.2.4.3. Prioridade de aconselhamento dependendo da família	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a sua disponibilidade para o aconselhamento, especificando que o aconselhamento é prioritário se a família demonstrar mais fragilidades.	E5: “Há famílias que me preocupam mais sobre essa temática do que outras.”	3	4	
5.3. Aconselhamto baseado	5.3.1. Experiência adquirida	5.3.1.1. Própria vivência da parentalidade	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre o	E10: “Aquilo que lhes recomendo se o miúdo está a	5	8

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
em que informação		tipo de informação utilizada no aconselhamento, especificamente, a experiência adquirida com a própria parentalidade.	fazer uma birra, basicamente é aquilo que eu faço com os meus filhos.”		
	5.3.1.2. Prática clínica multidisciplinar	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre o tipo de informação utilizada no aconselhamento, especificamente, a experiência adquirida com a prática com outros profissionais.	E5: “Aquilo que a gente vai aprendendo, vai aprendendo quando ouvimos os colegas (...)”	5	5
	5.3.1.3. Prática clínica individual	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre o tipo de informação utilizada no	E10: “Acho que, de alguma forma, é o nosso próprio trabalho individual.”	4	9

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		aconselhamento, especificamente, a experiência adquirida com a prática do dia- a-dia.			
	5.3.2. Formação realizada	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre o tipo de informação utilizada no aconselhamento, especificamente, com a realização de formação na área.	E11: “Por aquilo que nós fazemos também em formação”.	7	9
	5.3.3. Livros	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre o tipo de informação utilizada no aconselhamento, especificamente, com a leitura de livros da área.	E4: “Acho que, desde o meu internato até agora, houve muita coisa que eu já fui procurando e já fui lendo sobre o tema.”	6	8

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
	5.3.4. Bom senso	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre o tipo de informação utilizada no aconselhamento, especificamente, baseada no bom senso.	E2: “Sim, a psicologia realmente tem muito que estudar, mas há muita coisa que é bom senso e é a boa prática e é ser um bocadinho humano e emocionalmente equilibrado.”	4	5
6.1. Importância	6.1.1. Importância do aconselhamento	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os profissionais fazem do seu aconselhamento, referindo a importância do aconselhamento de práticas disciplinares parentais.	E10: “Estes inputs que são dados nesta fase são fundamentais e seriam	11	29

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
6. Percepção dos profissionais sobre a valorização do seu aconselhamento			fundamentais para corrigir uma série de problemas.”		
	6.1.2. Importância do papel do profissional de saúde	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os profissionais fazem do seu aconselhamento, referindo a importância do seu papel no aconselhamento de pais.	E6: “E claro, estando cá e no fundo as famílias foram construídas já comigo, estou cá há imensos anos, portanto, sei muito bem como é que é a dinâmica em casa e consigo antever o quê que se passa.”	5	8

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
6.2. Obstáculos	6.2.1. Tempo de consulta	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os profissionais fazem do seu aconselhamento, referindo o tempo curto de consulta como um obstáculo.	E2: “em termos de tempo, nós também temos pouco tempo para atuar e depois acompanhar.”	8	16
	6.2.2. Pouca formação na área	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os profissionais fazem do seu aconselhamento, referindo a pouca formação na área disciplinar como um obstáculo.	E2: “Mas se tivéssemos mais formação e mais tempo era mais fácil fazer essa monitorização e consegue-se ver a diferença no comportamento.”	5	10
		Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de	E3: “Depois não conseguimos	3	5

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
	6.2.3. Incapacidade de medir o entendimento e o comportament o alterado	saúde sobre a valorização que os profissionais fazem do seu aconselhamento, referindo a ausência de uma avaliação das consequências do aconselhamento como obstáculo.	muitas vezes validar a ponto de percebermos aquilo que eles entenderem daquilo que nós dizemos.”		
	6.2.4. Baixa literacia em saúde	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os profissionais fazem do seu aconselhamento, referindo a baixa literacia em saúde dos pais como um obstáculo.	E10: “Parte da dificuldade que eu sinto, pensando como profissional de saúde, tem haver com a má literacia dos pais em relação áquilo que são boas práticas na	3	4

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
			prestação e no acompanhamento dos filhos.”		
	6.2.5. Periodicidade das consultas	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os profissionais fazem do seu aconselhamento, referindo os timings específicos de consulta como um obstáculo.	E2: “Temos a abordagem inicial, mas depois as coisas perpetuam-se. Depois só a vemos passado, se for aos dois anos, depois só a vemos aos três.”	2	5
	6.2.6. Inexistência de um manual	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os profissionais fazem do seu aconselhamento, referindo a ausência de guidelines ou manuais sobre a temática disciplinar.	E8: “É um desafio grande e não há nenhuma norma, um manual que se	2	4

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F ²	Ref ³
			aplique a toda a gente.”		
	6.2.7. Abordagem limitada	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os profissionais fazem do seu aconselhamento, referindo que a abordagem é limitada por ausência de práticas disciplinares alternativas a dar aos pais, por excesso de burocracias no acesso a intervenções específicas e porque a abordagem desta temática devia ser estendida aos <i>media</i> para que pudesse ter maior impacto.	E10: “Está condicionado, sobretudo, nas estratégias práticas que pode passar para os pais. fácil eu desmontar o receio de que o miúdo é hiperativo, mas não é fácil eu dar-lhe as dicas necessárias para que eles o consigam educar.”	2	4

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³	
6.3. Confiança	6.3.1. Sem dificuldade	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os profissionais fazem do seu aconselhamento, em que afirmam não ter dificuldades.	E1: “Não, agora não. Depois de ter sido mãe, menos. Também estudei muito na altura.”	7	8	
	6.3.2. Com dificuldade	6.3.2.1. No aconselhamento de práticas	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os profissionais fazem do seu aconselhamento, em que afirmam ter dificuldades em dar estratégias práticas aos pais.	E5: “Nunca fiz nenhuma formação específica sobre isso e tenho alguma dificuldade em fazer sim.”	5	8
		6.3.2.2. Necessidade de se atualizarem	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a	E3: “Eu própria, como enfermeira e como mãe,	4	7

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
		valorização que os profissionais fazem do seu aconselhamento, em que afirmam a necessidade de se atualizarem.	tenho essa necessidade.”		
6.4. Impacto	6.4.1. Com impacto	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à perceção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os profissionais fazem do seu aconselhamento, assumindo o impacto positivo do aconselhamento.	E8: “Eu acho, nós notamos isso porque conseguimos ver o nosso trabalho refletido em algumas crianças que mudaram comportamentos e nós conseguimos ver que melhoraram em alguns aspetos.”	2	1

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³	
	6.4.2. Impacto reduzido	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os profissionais fazem do seu aconselhamento, assumindo que o impacto é muito reduzido.	E10: “nosso poder para mudar é reduzido, muito reduzido.”	1	2	
7. Percepção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os pais fazem do aconselhamento no âmbito destas	7.1. Pais que valorizam	7.1.1. Pais que valorizam e põe em prática	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os pais fazem do seu aconselhamento sobre as práticas disciplinares e que colocam em prática.	E2: “nós na nossa prática, na nossa experiência conseguimos ver alguns pais que aplicam e começam a dizer “ai, olha, comecei a fazer assim e deu resultado.”	10	18
		Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de	E10: “Eles valorizam, mas	3	3	

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
práticas disciplinares	7.1.2. Pais que valorizam e não põe em prática	saúde sobre a valorização que os pais fazem do seu aconselhamento sobre as práticas disciplinares e que não colocam em prática.	não praticam. Não conseguem pôr em prática e a gente dá conta.”		
	7.1.3. Valorização dependendo da relação terapêutica	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os pais fazem do seu aconselhamento sobre as práticas disciplinares dependendo da relação que tiverem estabelecida com o profissional de saúde.	E7: “Acho que valorizam muito, mas também depende muito da relação que tivermos com eles.”	3	3
	7.1.4. Valorização associada a momentos de necessidade	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a valorização que os pais fazem do seu aconselhamento sobre as práticas disciplinares dependendo se o momento em que recebem o aconselhamento corresponde a uma fase importante do desenvolvimento.	E4: “Mais em situações pontuais. Por exemplo, os 3 anos para a chupeta sim, a fralda também	1	1

Anexo 4. Tabela Sistema de Categorias

Categorias	Subcategorias	Descrição	Excertos	F²	Ref³
			dos 3 aos 6 anos, sim. Eu acho que é assim nestas coisas mais ... os marcos, não é.”		
7.2. Pais que não valorizam e não põe em prática	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à percepção dos profissionais de saúde sobre a ausência de valorização de certos pais e famílias no âmbito das práticas disciplinares parentais.	E3: “Mas depois existem outros pais que não valorizam assim tanto. Eu acho que, muitas vezes, esses pais são aqueles que não valorizam, que não se debruçam nem refletem tanto sobre a parentalidade.”		6	10

