



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**DISCIPLINA PARENTAL E AS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DE  
SAÚDE  
EM JOVENS ADULTOS**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção de grau de doutor em Enfermagem

**Maria da Conceição Gonçalves Marques Alegre de Sá**

Instituto de Ciências da saúde

Outubro, 2016









UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**DISCIPLINA PARENTAL E AS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DE SAÚDE  
EM JOVENS ADULTOS**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção de grau de doutor em Enfermagem

**Maria da Conceição Gonçalves Marques Alegre de Sá**

Sob orientação:  
Senhora Professora Doutora Bárbara Fernandes de Carvalho Figueiredo  
Senhora Professora Doutora Margarida Maria da Silva Vieira

Instituto de Ciências da saúde

Outubro, 2016



*À minha mãe e ao meu pai,  
que me abriram o caminho ao amor  
ao João e aos nossos filhos  
- João, Pedro, Miguel -  
que todos os dias me ensinam a amar.*



**Os meus agradecimentos:**

Às instituições onde foi feita a colheita dos dados  
A todos os estudantes que voluntariamente participaram no estudo  
À Direção da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
A todos, e a todas que fizeram o caminho comigo e em particular à Professora Doutora  
Bárbara Figueiredo e à Professora Doutora Margarida Vieira, às minhas irmãs Julieta e  
Elizabete, aos meus amigos: Sertório, Maria, Paula, Maria da Luz, Lurdes, Isabel, Rui,  
Daniela, Pedro, Margarida, Altino, Dulce.  
Obrigada!



## Resumo

O desenvolvimento do autocuidado em saúde envolve um conjunto de recursos internos e externos comuns ao desenvolvimento humano. O exercício da disciplina parental envolve circunstâncias e comportamentos parentais que se apresentam como importantes promotores de um conjunto de recursos de decisão, comuns ao desenvolvimento humano e ao autocuidado em saúde. Deste modo, e uma vez que a problemática do autocuidado em enfermagem tem vindo a enfatizar a necessidade da identificação de fatores com influencia no seu desenvolvimento ao longo da vida, este estudo pretende contribuir para o conhecimento do autocuidado em saúde enquanto processo de aprendizagem, sensível às dimensões pessoal e familiar e particularmente à disciplina parental.

**Objetivos** – Os objetivos deste estudo visaram, por conseguinte, caracterizar as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos; caracterizar a disciplina parental; analisar de que modo as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos se relacionam com a disciplina parental; e identificar os fatores preditores das práticas de autocuidado de saúde dos jovens adultos.

**Metodologia** – O estudo de caráter descritivo, transversal e correlacional, recorreu a métodos de análise quantitativos. Foi constituída uma amostra probabilística com base nas instituições de formação e de ensino secundário e superior da cidade de Coimbra. A população-alvo foi composta por estudantes com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos. A recolha de dados foi realizada pelo investigador com recurso aos seguintes instrumentos *Dimensions of Discipline Inventory* (DDI, Straus & Fauchier, A., 2007) e *Denyes Self Care Practice Instrument* (DSCPI-90, Denyes, 1990). No presente estudo foi feita a validação para a população portuguesa dos referidos instrumentos.

**Resultados** – Dos 1168 jovens adultos que fizeram parte do estudo, 49% tiveram a mãe com mais responsabilidade pela sua disciplina, enquanto apenas 5% referem que o pai teve mais responsabilidade do que a mãe. A disciplina não punitiva é a que apresenta maior frequência para ambos, pai e mãe. Quanto às práticas de autocuidado em saúde, os jovens adultos relatam gastar 47% do seu tempo no envolvimento em práticas de autocuidado em saúde, sendo a média mais elevada observada nas ações de autorregulação pessoal e de envolvimento social (49,2%), seguida das ações gerais de saúde (48,7%), e a mais baixa percentagem observada nas ações associadas a uma alimentação equilibrada (42,4%). Este estudo permitiu a identificação dos seguintes fatores preditores das práticas de autocuidado de saúde: o rendimento económico familiar; o reconhecimento de que ambos os pais exercem a disciplina de forma equitativa; a disciplina punitiva; o contexto em que é implementada a disciplina; a afetividade/apoio; a impulsividade e o aviso no exercício da disciplina.

**Conclusões** – O recurso aos métodos disciplinares parentais está associado à frequência e à gravidade dos maus comportamentos na infância. De modo que, a um aumento dos maus comportamentos está associado um aumento dos métodos disciplinares punitivos; dos aspetos negativos do contexto e do modo de exercer a disciplina, com diferenças entre os pais e as mães e com um agravamento das respostas negativas para as mães. Os baixos valores de envolvimento em práticas de autocuidado em saúde, na fase inicial do processo de autonomização em que se encontram os jovens adultos, apontam para a necessidade de se atender aos processos de estruturação a que as mesmas práticas estão sujeitas. Os fatores preditores do autocuidado em saúde dos jovens adultos, ligados à disciplina parental, permitiram reforçar a importância da qualidade da interação pais/filho, estabelecida na infância, para o processo de aprendizagem do autocuidado em saúde. Porém, as variáveis preditoras das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, são diferentes em função do sexo dos jovens adultos, e em função de ser o pai ou a mãe a exercer a disciplina.

Palavras-chave: Enfermagem; Autocuidado de saúde; Disciplina parental; Autocuidado; Métodos disciplinares; Jovens adultos.







## Abstract

The performance of self-care health practices involves a number of internal and external resources inherent to human development. The exercise of parental discipline involves circumstances and parental behaviors that are important promoters of multiple decision resources that are common to human development and self-care health practices. In this way, and given the need for identifying factors that contribute to the development of self-care in nursing throughout life, this study aims to improve the knowledge on self-care health practices as a learning process that is sensitive to both personal and family dimensions, particularly regarding parental discipline.

**Objectives** - This study aims to characterize young adults' self-care health practices and parental discipline, analyze how young adults' self-care health practices are associated with discipline, and identify predictors of young adults' self-care health practices.

**Methodology** - A descriptive, cross-sectional and correlational study was conducted using quantitative methods. A probability sample was selected from secondary and higher education institutions in the city of Coimbra. The target population was composed of students aged between 18 and 24 years. Data were collected by the researcher using the following instruments: Dimensions of Discipline Inventory (DDI, Straus & Fauchier, 2007) and Denyes Self-Care Practice Instrument (DSCPI-90, Denyes, 1990). These instruments were validated to the Portuguese population within the scope of this study.

**Results** - The sample was composed of 1168 young adults. Mothers play a major disciplinary role for 49% of these participants, whereas only 5% of the participants reported that their fathers exert discipline more often than their mothers. Most mothers and fathers used non-punitive discipline. With regard to self-care health practices, young adults reported spending 47% of their time performing self-care health practices. The highest mean was observed in self-regulatory and social engagement activities (49.2%), followed by general health actions (48.7%). The lowest percentage was observed in the practices associated with a balanced diet (42.4%). This study identified the following predictors of self-care health practices: household income; the recognition that both parents are equally responsible for discipline; punitive discipline; the context in which discipline is exerted; affection/support; impulsiveness; and the use of warning methods for disciplinary purposes.

**Conclusions** - The use of parental disciplinary methods is associated with the frequency and severity of childhood misbehaviors. Therefore, an increase in misbehaviors is associated with an increase in punitive disciplinary methods, in negative contextual factors, and in the way of exercising discipline, with differences between fathers and mothers and an increase in mothers' negative responses. The low level of engagement in self-care health practices in the initial phase of young adults' process of empowerment points to the need to address the structuring processes that influence these practices. The predictive factors of young adults' self-care health practices associated with parental discipline contribute to reinforcing the importance of the quality of parent-child interaction during childhood to the learning process of self-care health practices. However, these predictors differ according to the young adult's gender and to whether it is the father or the mother who exerts discipline.

**Keywords:** Nursing; Self-care health; Parental discipline; Self-care; Disciplinary methods; Young adults.



## ABREVIATURAS E SIGLAS

AFE – Análise Fatorial Exploratória

DDI – Dimensions of Discipline Inventory

DGEEC – Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência

DGS – Direção Geral de Saúde

*DSCPI-9* – Denyes Self Care Practice Instrument

ECD-time – Modelo de Avaliação Global do Meio Ambiente de Desenvolvimento Infantil  
Precoce

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

OFAP – Observatório das Famílias e das Políticas de Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund

WHO – World Health Organization



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Avaliação Global do Meio Ambiente de Desenvolvimento Infantil Precoce (ECD-time) .....	26
Figura 2 - Elementos da Teoria do Autocuidado .....	47



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica do contexto pessoal dos jovens adultos .....	64
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica do contexto familiar dos jovens adultos ....	65
Tabela 3 - Distribuição dos inquiridos segundo a figura parental (N= 1168) .....	66
Tabela 4 - Distribuição dos comportamentos disciplinares, pelos métodos punitivos e não punitivos .....	69
Tabela 5 - Pesos fatoriais dos itens da escala DDI-C .....	82
Tabela 6 - Alpha de Cronbach das subescalas DDI-C .....	83
Tabela 7 - Correlação entre os fatores e total do instrumento DDI-C (Mãe/Pai) .....	83
Tabela 8 - Correlação entre a frequência de maus comportamentos e os fatores e total do instrumento DDI-C (Mãe/Pai) .....	84
Tabela 9 - Diferença entre médias dos scores das subescalas entre o pai e a mãe .....	85
Tabela 10 - Pesos fatoriais dos itens da escala DDI-D .....	87
Tabela 11 - Alpha de Cronbach das subescalas DDI-D .....	88
Tabela 12 - Estatísticas descritivas dos scores das subescalas DDI-D do pai e da mãe .....	88
Tabela 13 - Correlação entre os fatores do DDI-D e os aspetos de contexto de disciplina (Mãe/Pai) .....	89
Tabela 14 - Correlação entre os fatores do DDI-D e os modos de implementação da disciplina (Mãe/Pai) .....	89
Tabela 15 - Correlação entre a frequência de maus comportamentos e os dos aspetos de contexto e de modos de implementação de disciplina (Mãe/Pai) .....	90
Tabela 16 - Correlação entre os scores da mãe e do pai das escalas de aspetos de contexto e de modos de implementação de disciplina .....	91
Tabela 17 - Correlação entre os fatores dos aspetos do contexto de disciplina e os itens ..	91
Tabela 18 - Correlação entre os fatores dos modos de implementação de disciplina e os itens .....	92
Tabela 19 - Pesos fatoriais dos itens da escala DSCPI-90 .....	94
Tabela 20 - Correlação entre os fatores e total do instrumento DSCPI-90 .....	96
Tabela 21 - Correlação entre os fatores e os itens do instrumento DSCPI-90 .....	97
Tabela 22 - Caracterização dos maus comportamentos aos 10 anos .....	102
Tabela 23 - Distribuição da responsabilidade parental na disciplina .....	102
Tabela 24 - Estatísticas descritivas dos scores das subescalas DDI-C do pai e da mãe .....	103

Tabela 25 - Estatísticas descritivas dos scores das subescalas dos Aspectos e do Modo de Implementação da Disciplina do pai e da mãe .....	104
Tabela 26 - Medidas descritas da escala DSCPI-90- Versão final .....	105
Tabela 27 - Coeficientes das Regressões lineares (estatística t): Variáveis dependentes = Subescalas e escalas do DSCPI-90; Variáveis independentes=sexo e idade .....	106
Tabela 28 - Coeficientes das Regressões lineares (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = Subescalas e escalas do DSCPI-90; Variáveis independentes = habilitações dos pais e rendimento <i>per capita</i> , responsabilidade parental na disciplina) .....	107
Tabela 29 - Coeficientes das Regressões lineares (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = Subescalas e escala do DSCPI-90; Variáveis independentes = Frequência de mau comportamento na infância sem gravidade e com gravidade .....	108
Tabela 30 - Coeficientes das Regressões lineares (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = Subescalas e escalas do DSCPI-90; Variáveis independentes = Métodos disciplinares .....	109
Tabela 31 - Coeficientes das Regressões lineares (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = Subescalas e escala do DSCPI-90; Variáveis independentes = aspectos do contexto e do modo de implementação da disciplina parental exercida pela mãe .....	111
Tabela 32 - Coeficientes das Regressões lineares (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = Subescalas e escalas do DSCPI-90; Variáveis independentes = aspectos do contexto e do modo de implementação da disciplina parental exercida pelo pai .....	112
Tabela 33 - Coeficientes das Regressões lineares (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = ações específicas de providenciar uma alimentação equilibrada; Variáveis independentes = variáveis com significância estatística .....	113
Tabela 34 - Coeficientes das Regressões lineares múltipla (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = Ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social; Variáveis independentes = variáveis com significância estatística .....	114
Tabela 35 - Coeficientes das Regressões lineares múltipla (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = Ações gerais de saúde; Variáveis independentes = variáveis com significância estatística .....	115
Tabela 36 - Coeficientes das Regressões lineares múltipla (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = Práticas de autocuidado de saúde; Variáveis independentes = variáveis com significância estatística .....	116

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I</b>	21
1 - INTRODUÇÃO .....	23
1.1 - ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA .....	29
1.1.1 - Disciplina parental como função desenvolvimental .....	30
1.1.1.1 - <i>Métodos disciplinares parentais</i> .....	32
1.1.1.2 - <i>Responsabilidade parental</i> .....	35
1.1.2 - O autocuidado como um recurso em saúde .....	38
1.1.2.1 - <i>O processo de capacitação em saúde</i> .....	41
1.1.2.2 - <i>Teoria de enfermagem do autocuidado de Orem</i> .....	45
1.1.2.3 - <i>Fatores condicionantes do autocuidado em saúde</i> .....	50
1.2 - JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO .....	53
1.3 - FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO .....	56
1.4 - VISÃO GERAL DA TESE .....	57
<b>CAPÍTULO II</b>	59
2 - METODOLOGIA .....	61
2.1 - TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO .....	62
2.2 - POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	63
2.2.1 - Caracterização sociodemográfica do contexto pessoal dos jovens adultos .....	63
2.2.2 - Caracterização sociodemográfica do contexto familiar dos jovens adultos .....	64
2.2.3 - Caracterização da figura parental dos jovens adultos .....	66
2.3 - PROCEDIMENTOS .....	66
2.3.1 - Cálculo da dimensão da amostra .....	67
2.3.2 - Seleção dos instrumentos .....	67
2.3.3 - Caracterização dos instrumentos .....	68
2.3.3.1 - <i>Dimensions of Discipline Inventory (DDI, Straus &amp; Fauchier. A., 2007)</i> <i>(Anexo...)</i> .....	68
2.3.3.2 - <i>Denyes Self Care Practice Instrument (DSCPI-90, Denyes, 1990)</i> .....	71
2.3.4 - Procedimentos na tradução dos instrumentos .....	72
2.3.5 - Procedimentos éticos e formais .....	75

2.3.6 - Procedimentos no tratamento e análise dos dados .....	78
2.4 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS .....	79
2.4.1 - Estudo psicométrico do <i>Dimensions of Discipline Inventory</i> (DDI, Straus & Fauchier, 2007) .....	79
2.4.1.1 - <i>Métodos Disciplinares Parentais (DDI-C)</i> .....	79
2.4.1.2 - <i>Aspetos do Contexto e do Modo de Implementação da Disciplina Parental (DDI-D)</i> .....	86
2.4.2 - Estudo psicométrico da <i>Denyes Self Care Practice Instrument</i> (DSCPI-90) .....	93
<b>CAPÍTULO III</b> .....	99
3 - RESULTADOS .....	101
3.1 - DISCIPLINA PARENTAL NA INFÂNCIA DOS JOVENS ADULTOS .....	101
3.1.1 - Maus comportamentos na infância .....	102
3.1.2 - Responsabilidade parental na disciplina .....	102
3.1.3 - Métodos disciplinares .....	103
3.1.4 - Aspetos do contexto e do modo de implementação dos métodos disciplinares .....	103
3.2 - PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO EM SAÚDE DOS JOVENS ADULTOS .....	104
3.2.1 - As práticas de autocuidado em saúde e o contexto pessoal .....	105
3.2.2 - As práticas de autocuidado em saúde e o contexto familiar .....	106
3.3 - PROPOSTA DE MODELO EXPLICATIVO DAS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DE SAÚDE DOS JOVENS ADULTOS .....	108
3.3.1 - As práticas de autocuidado em saúde e os maus comportamentos infantis .....	108
3.3.2 - As práticas de autocuidado em saúde e os métodos disciplinares parentais .....	109
3.3.3 - As práticas de autocuidado em saúde e os aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina parental .....	110
3.3.4 - Análise dos efeitos significativos nas práticas de autocuidado de saúde .....	112
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	117
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	119
4.1 - AMOSTRA .....	119
4.2 - A DISCIPLINA PARENTAL NA INFÂNCIA DOS JOVENS ADULTOS .....	122
4.3 - AS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DOS JOVENS ADULTOS .....	131
4.3.1 - As práticas de autocuidado dos jovens adultos e o seu contexto pessoal .....	134
4.3.2 - As práticas de autocuidado dos jovens adultos e o seu contexto familiar .....	136

4.5 - AS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DOS JOVENS ADULTOS E A DISCIPLINA PARENTAL .....	137
4.6 - VARIÁVEIS PREDITORAS DAS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DOS JOVENS ADULTOS .....	141
<b>CAPÍTULO V</b>	149
5 - CONCLUSÃO .....	151
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	171
<b>ANEXOS</b> .....	187



**INTRODUÇÃO**

**ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA**

**JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO**

**FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO**

**VISÃO GERAL DA TESE**



## 1 - INTRODUÇÃO

A promoção da saúde é hoje uma área que ultrapassa largamente o papel tradicionalmente atribuído aos profissionais, fruto do conhecimento alcançado ao longo dos tempos, em grande medida, com o contributo de diferentes perspetivas disciplinares, com tradições científicas distintas. A saúde alcançou um nível de exigência que determina novas formas de intervenção, tendo em conta diferentes planos e, de forma particular, os que são promotores de saúde (World Health Organization [WHO], 2010).

A saúde, mais do que nunca, é considerada como resultado de ações e oportunidades que a promovem e que previnem a doença bem como as suas complicações. As novas abordagens em saúde, centradas no cidadão, assumem um papel de promoção da saúde, reconhecendo o seu potencial e garantindo as condições para o seu máximo desenvolvimento (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012).

O autocuidado, enquanto objeto de análise científica, tem sido consistentemente referenciado como um dos mais importantes fatores preditores de saúde e bem-estar. Como resultado desta visão, os cuidados de saúde organizam-se em torno das necessidades das pessoas, para assumirem o controlo da sua saúde e do seu bem-estar e para capacitá-las para a sua organização pessoal autónoma.

O entendimento do autocuidado enquanto recurso para a saúde, leva a que a atenção dos profissionais seja dirigida para as circunstâncias das pessoas que promovam o autocontrolo sobre a situação de saúde e para que sejam responsáveis pelas suas decisões. Nesta perspetiva, os enfermeiros apresentam-se como um recurso para as pessoas, de modo a proporcionar um aumento do seu repertório de recursos internos e externos, no sentido da promoção da sua saúde (Meleis, 2007).

Como resultado das novas abordagens em saúde centradas no cidadão, a tomada de decisão, enquanto capacidade fundamental para qualquer atividade humana, tem vindo a reconhecer-se como área de crescente relevância em saúde. De tal modo que o reforço do poder e a responsabilidade do cidadão, em contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva, tem levado à necessidade de intensificar estratégias de desenvolvimento da cidadania através da literacia em saúde, numa cultura de pro-atividade, compromisso e autocontrolo do cidadão e de capacitação e participação ativa, para maximizar a responsabilidade e a autonomia individual e coletiva (DGS, 2012).

A educação para a saúde, como um processo orientado para o uso de estratégias que ajudem os indivíduos e as comunidades a adotarem ou modificarem comportamentos que permitam um melhor nível de saúde, desde sempre incluiu o desenvolvimento de capacidades nas suas múltiplas áreas de intervenção (WHO, 1984). Contudo, é com a ênfase que vem sendo colocada na responsabilidade do cidadão pela sua saúde, que as mesmas capacidades têm tido uma crescente relevância em saúde (United Nations International Children's Emergency Fund [Unicef], 2007).

Nas últimas décadas, a evolução do conhecimento acerca do desenvolvimento de competências para a vida tem trazido consigo um crescente reconhecimento do papel das competências psicossociais e interpessoais no desenvolvimento das crianças e dos jovens, desde os seus primeiros anos, até à idade adulta (UNICEF, 2009). De modo particular, as competências psicossociais e interpessoais têm sido reconhecidas como fundamentais na educação em saúde nomeadamente: a comunicação, a tomada de decisão, a resolução de problemas, a autogestão, o pensamento criativo e a pro-atividade (Clarke et al, n. d).

Hoje, resultado em grande medida das alterações sociais e assistenciais, é cada vez mais reconhecida a importância dos contextos onde as pessoas vivem, como promotores da saúde e protetores da doença, não só pela sua influência, mas também pelo seu contributo. Mais ainda, os contextos sociais são reconhecidos como promotores de uma cultura de saúde, cada vez mais valorizados, pela oportunidade que oferecem para alcançar-se uma cultura de saúde mais coerente, alargada e integrada (WHO, 2010).

Nos diferentes níveis de intervenção, reconhece-se que a promoção de sinergias entre os ambientes (onde as pessoas se inserem) e os cuidados de saúde, implica responsabilidade e complementaridade mútuas (WHO, 2010). Atualmente, é reconhecido que quer a promoção de saúde, quer a prevenção da doença, com maior impacto no potencial de saúde do cidadão, se obtêm quando se tem em conta os contextos sociais e particularmente o contexto familiar, no sentido da maximização da responsabilidade, face às necessidades e oportunidades específicas dos momentos críticos ao longo da vida (WHO, 2005). De forma particular, o contexto familiar é reconhecido como facilitador e promotor de uma cidadania ativa pelo forte impacto no potencial de saúde do cidadão (WHO, 2010; DGS, 2012).

Para além dos fatores contextuais com relevo para a saúde, é igualmente importante considerar que, no curso de vida, o cidadão apresenta necessidades em saúde específicas, em função de momentos particularmente importantes. A perspetiva de curso de vida reconhece

explicitamente o tempo e a sua importância, para a compreensão da influência de fatores determinantes em saúde, dentro de um curso de vida individual, através das gerações (WHO, 2003).

Adotando a perspectiva do percurso desenvolvimental, a atenção direciona-se para o modo como os determinantes de saúde operam em todos os níveis do desenvolvimento humano, tanto para influenciar imediatamente a saúde como para proporcionar a base da saúde ou da doença numa fase mais avançada da vida. A forma como decorre o percurso de saúde nesses momentos influencia de modo positivo ou negativo as fases seguintes da vida (Irwin & Johnson, 2005; Siddiqi, Irwin & Hertzman, 2007).

De modo particular, as experiências vividas pela criança durante os primeiros anos são essenciais para o desenvolvimento humano e definem os alicerces para a sua vida, na medida em que influenciam fortemente a aprendizagem básica, o sucesso escolar, a participação económica, a cidadania e a saúde (Siddiqi et al, 2007). Como consequência, a intervenção em saúde nas fases iniciais do ciclo de vida constitui-se como promotora e protetora da saúde com resultados a curto, médio e longo prazo (WHO, 2010).

O desenvolvimento humano, como área de estudo, tem evidenciado o período infantil como a fase de desenvolvimento mais importante da vida de um indivíduo. Posição assumida pela Organização Mundial de Saúde ao referir que: “O desenvolvimento infantil saudável nas diferentes dimensões - física, social, emocional, cognitiva e linguística – é basilar para o sucesso e para a felicidade não só durante a infância, mas em todo o curso de vida.” (Siddiqi et al, 2007, p. 14).

Ao longo do percurso de vida, observam-se diferenças no desenvolvimento de capacidades próprias de cada etapa evolutiva. O desenvolvimento humano traz consigo, em cada fase, novas exigências, desafios e oportunidades de crescimento pessoal, não sendo, contudo, espetável nem desejável que as crianças e os adolescentes possuam autonomia. Por essa razão, espera-se que sejam apoiados e protegidos pelos pais e por outros responsáveis na sociedade (Irwin, Siddiqi & Hertzman, 2007a).

Neste sentido, o objetivo de melhorar a sobrevivência e a saúde das crianças é indissociável do objetivo de melhorar o desenvolvimento infantil. Um início de vida saudável proporciona a cada criança as bases essenciais para uma vida de sucesso em muitos domínios, incluindo o bem-estar físico, económico e social. A este propósito, a Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta os países para que reconheçam os investimentos nos primeiros anos como central para o

êxito das sociedades e a “chave” para o desenvolvimento humano. Pois, se a janela de oportunidades, apresentada pelos primeiros anos, for perdida, torna-se cada vez mais difícil, tanto em termos de tempo como de recursos, criar um curso de vida com sucesso (Irwin et al, 2007a).

O Modelo de Avaliação Global do Meio Ambiente de Desenvolvimento Infantil Precoce (ECD-time), representado na Figura 1, tem sido usado como um meio de enquadrar os diferentes ambientes, que fazem parte integrante do modelo de avaliação do desenvolvimento infantil precoce (ECD-time). A conceção deste modelo baseou-se numa vasta pesquisa multidisciplinar, incluindo enquadramentos teóricos a partir de várias perspetivas, nomeadamente da psicologia do desenvolvimento, de noções de incorporação biológica<sup>1</sup>, da epidemiologia social e determinantes de saúde e ainda numa vasta pesquisa nos domínios da sociologia e da economia política (Solari & Irwin, 2005; Siddiqi et al, 2007).

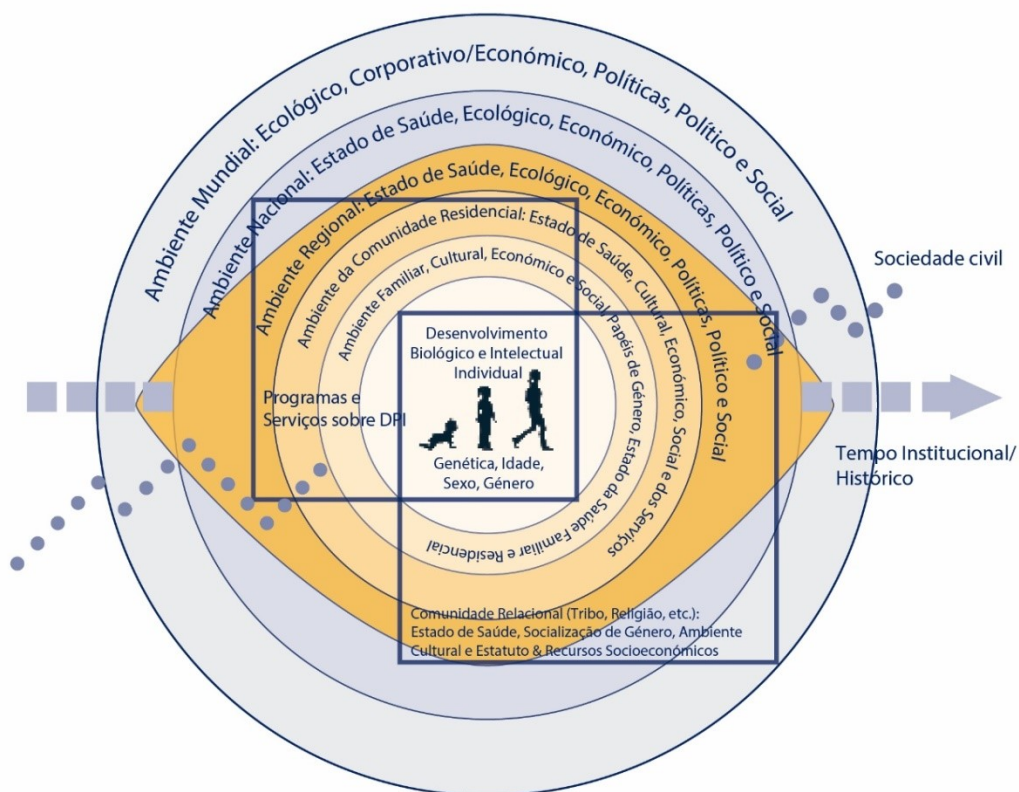


Figura 1 - Modelo de Avaliação Global do Meio Ambiente de Desenvolvimento Infantil Precoce (ECD-time). Adaptado de: *Early Child Development: A Powerful Equalizer*, WHO. Adaptado de “Early child

<sup>1</sup> Incorporação biológica designa a interação que ocorre entre as características individuais fisiológicas e genéticas e as experiências e as circunstâncias desenhadas a partir do ambiente e que são basilares para o desenvolvimento da criança (Hertzman, 1999).

development: A powerful equalizer: Final report,” por L. Irwin, A. Siddiqi, e C. Hertzman, 2007a, p. 17.

No modelo ECD-time são representadas várias esferas interdependentes que são influências instrumentais para o desenvolvimento infantil. Elas incluem: a própria criança, a família e a habitação; comunidades relacionais e residenciais; programas e serviços de apoio ao desenvolvimento infantil para além de ambientes regional, nacional e global. Em cada esfera de influência, são representados fatores sociais, económicos e culturais que afetam o desenvolvimento da criança e, deste modo, também afetam a sua saúde, ao considerar-se o desenvolvimento infantil como determinante de saúde (Siddiqi et al, 2007).

A família é apontada, neste modelo, como a principal influência no desenvolvimento de uma criança. Os seus membros fornecem a maioria dos estímulos ambientais e permitem controlar grande parte do contacto da criança com o meio ambiente distal (Richter, 2004). As características mais salientes do ambiente familiar, com influência no desenvolvimento infantil, são os seus recursos sociais e económicos (Irwin, Henderson, Dahinten & Hertzman, 2007b). Os recursos sociais incluem as competências parentais e de educação, práticas e abordagens culturais, as relações intrafamiliares, e o estado de saúde dos membros da família. Os recursos económicos incluem a riqueza, estatuto profissional e as condições de habitação. Os recursos sociais e os económicos estão altamente interligados, ainda assim implicam diferentes estratégias de intervenção (Irwin et al, 2007b; Siddiqi et al, 2007).

Sob a orientação do modelo ecológico, espera-se que os adultos sejam comprometidos com o desenvolvimento das crianças e atuem como moderadores e mediadores das transições que as crianças enfrentam ao assumirem novas funções, até aí nunca vivenciadas. Contudo, os processos proximais só poderão ter repercussões positivas no desenvolvimento das crianças, se estas tiverem a segurança de que os seus recursos pessoais interagirão em harmonia com as características dos seus contextos (Bronfenbrenner, 2004).

Assim como uma alimentação adequada também a qualidade das relações é essencial ao desenvolvimento infantil. As crianças desenvolvem-se melhor em ambientes afetuosos, responsivos e que as protegem de desaprovação inadequada e da punição, e em ambientes que deem oportunidades para explorar o seu meio, para jogar, e para aprender a falar e a escutar (Ramey & Ramey, 1998).

Bronfenbrenner e Morris (1998) defendem que o desenvolvimento da criança é tanto mais efetivo e saudável quanto mais a criança se sinta apoiada e participe nas interações significativas para o seu desenvolvimento. Como características específicas presentes nas relações familiares,

com particular interesse para o crescimento e desenvolvimento da criança, os autores destacam a reciprocidade, o afeto e o equilíbrio de poder.

A reciprocidade existente nas relações familiares exige um feedback mútuo, que leva a um movimento de aproximação dos participantes, e que os motiva, não só a permanecerem, mas também a envolverem-se em padrões de interação progressivamente mais complexos. Geralmente, o resultado da reciprocidade é uma aceleração do ritmo dos processos de aprendizagem e um aumento da sua complexidade (Bronfenbrenner, 2004).

O equilíbrio de poder nas relações entre pais e filhos estabelece-se quando o poder exercido é confortavelmente aceite, sendo mais ou menos influentes, de modo a garantir-se as condições saudáveis e potenciadoras do desenvolvimento, onde o exercício do poder se vai alterando à medida que a criança se vai desenvolvendo, promovendo a sua autonomia (Bronfenbrenner, 2004).

Além da reciprocidade e do equilíbrio de poder, o afeto é a característica que desempenha um papel fundamental para o desenvolvimento da criança. Vários estudos, entre os quais os desenvolvidos pelo próprio Bowlby, salientam a forte associação entre os processos interpessoais e o desenvolvimento cognitivo e social da criança (Bowlby, 1980, 1988; Cook, 2000; Forgas & George, 2001). Nesta linha de pensamento, outros estudos têm demonstrado que existe uma forte probabilidade de ocorrerem processos evolutivos de forma adaptada, quando as relações são positivas e calorosas (Belsk & Jaffe, 2006).

Não obstante, a complexidade do desenvolvimento infantil e os muitos fatores que o influenciam resumem-se a atributos simples das experiências da criança no seu dia-a-dia. Melhorar a qualidade dessas experiências através das relações carece de ser a meta principal de todas as iniciativas em matéria de parentalidade e acompanhamento dos direitos da criança (UNICEF, 2007).

No âmbito da parentalidade, a disciplina apresenta-se como um desafio ao desenvolvimento de capacidades psicossociais e interpessoais na medida em que o conflito, presente na relação pais-filhos perante os maus comportamentos infantis, constitui-se uma oportunidade major para o desenvolvimento de habilidades tais como: tomada de decisão; resolução de problemas, enfrentamento; autoeficácia; pensamento criativo e proactivo.

Em suma, a perspectiva compreensiva da saúde, centrada na família e no ciclo vital, apresenta-se, com particular interesse, ao permitir uma visão integradora de um conjunto de necessidades em saúde, tendo em conta os diferentes grupos etários e os diferentes papéis sociais, que as

peças vão assumindo ao longo da vida, particularmente em relação aos estilos de vida e aos problemas de saúde de origem psicossocial (WHO, 2010).

Neste sentido, a família ocupa um lugar central, pela responsabilidade que assume na prestação de cuidados na saúde e na doença, e por ser um modelo a seguir no que respeita à adoção de comportamentos saudáveis, na aprendizagem do autocuidado, e na prestação de cuidados aos seus membros, ao longo do ciclo de vida e durante as diversas transições familiares (WHO, 2004). Para este estudo, da esfera familiar, destacam-se apenas alguns fatores pela sua possível influência na aprendizagem do autocuidado em saúde dos filhos, nomeadamente fatores de ordem socioeconómica e particularmente a disciplina parental.

Neste quadro, tendo por base o autocuidado em saúde como uma área sensível aos cuidados de enfermagem e reconhecendo a importância da identificação de fatores que possam ter influência na aprendizagem do autocuidado em saúde do cidadão, importa prosseguir para o enquadramento da problemática desta investigação.

## 1.1 - ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

A problemática do desenvolvimento do autocuidado em saúde exige a compreensão de um conjunto de antecedentes envolvidos no seu processo, ao longo do ciclo vital. A aprendizagem do autocuidado como um recurso em saúde é um processo longo e complexo que envolve um conjunto de recursos internos e externos comuns ao desenvolvimento humano, que se desenvolvem ao longo da vida. De forma particular o exercício da disciplina parental envolve circunstâncias e comportamentos parentais que se apresentam como promotores de um conjunto de capacidades estruturantes para o desenvolvimento das práticas de autocuidado dos seus filhos, tais como, a tomada de decisão; resolução de problemas, enfrentamento; autoeficácia e pensamento proactivo. Assim importa clarificar a disciplina parental como função desenvolvimental, o autocuidado como um recurso em saúde e a clarificação de alguns componentes chave do seu processo de desenvolvimento, e por último a perspectiva teórica de enfermagem do autocuidado de Dorothea Orem, onde são clarificados os elementos constituintes do autocuidado em saúde e os seus fatores condicionantes.

### **1.1.1 - Disciplina parental como função desenvolvimental**

Ao longo do desenvolvimento da criança é comum a existência de algum grau de comportamento inadequado. Existem problemas ou dificuldades no comportamento infantil que são meramente transitórios e por vezes comportamentos infantis que, não sendo adequados, tendem a ser normativos em determinadas faixas etárias ou em determinadas circunstâncias. Tais comportamentos são resultado das inúmeras mudanças cognitivas, sociais e comportamentais até se alcançarem as habilidades de autocontrole e capacidade de tolerar a frustração, na direção da autonomia.

As regras e os limites impostos pelos pais como parte da socialização da criança, levam frequentemente a confrontos entre pais e filhos resultantes da autoafirmação da criança e dos esforços parentais para impor limites, o que, frequentemente, resulta em episódios de frustração e contrariedade (Brener & Fox 1998; Campbell, 2008).

Os confrontos disciplinares existentes entre pais e filhos são então inevitáveis, pela incipiente capacidade da criança de regular o comportamento, na atenção, nos impulsos e na expressão de afeto. Estes conflitos apresentam-se como desafios ao desenvolvimento infantil na medida em que proporcionam encontros em que as crianças exercitam o equilíbrio entre a expressão e o controle dos seus desejos (Gomide, 2006).

Desta forma, os conflitos estimulam na criança a autonomia suficiente para o processamento das informações e posterior utilização como uma base referencial, para o controlo do comportamento através de uma adaptação construtiva. No entanto pode ocorrer o contrário, os mesmos conflitos poderão inibir a criança de desenvolver o seu potencial de desenvolvimento para a autonomia e responsabilidade, ao não se aproveitar a oportunidade como desenvolvimental, ou predispondo ao desequilíbrio emocional (Falcone, 2000).

No processo educativo da criança é necessário que sejam asseguradas as condições e oportunidades de aprendizagem, de modo a que ela adquira a autonomia. Isto é, a capacidade de se conduzir e tomar as decisões por si própria, levando em conta as regras, os valores, a sua perspectiva pessoal, bem como, a perspectiva do outro (Piaget, 1972).

Conceber a educação em direção à autonomia pressupõe reconhecer que as crianças são detentoras de vontade própria, e capazes de construir conhecimentos e interferir no meio em que vivem. No processo educativo, existem dois tipos de respeito entre os pais e os filhos: o respeito *unilateral* que implica uma desigualdade entre quem respeita e quem é respeitado que, por sua vez, implica um constrangimento de quem respeita (Piaget, 1998). Este tipo de respeito

constitui uma primeira forma de relação social designada por relação de *constrangimento*. O outro tipo de respeito, designado por respeito *mutuo*, ocorre quando os pais e os filhos, em relação, se consideram como iguais e se respeitam mutuamente. Este tipo de respeito não implica qualquer constrangimento e é designado por relação de *cooperação* (Piaget, 1998).

Estes dois tipos de respeito parecem estar ligados a dois tipos de morais. O respeito unilateral, ligado à relação de constrangimento moral, que conduz ao sentimento do dever. Este tipo de dever é essencialmente heterónimo. Por outro lado, a moral resultante do respeito mútuo e das relações de cooperação pode ser caracterizada por um sentimento de bem, mais interior à consciência, em que o ideal de reciprocidade tende a tornar-se totalmente autónomo (Piaget, 1998).

O mesmo autor, ao pronunciar-se sobre os objetivos da educação e sobre as estratégias educativas, defende que a forma como a criança se submete à disciplina se vai alterando, conforme o estadio em que esta se encontra. Também as diferentes estratégias adotadas pelos adultos na sua educação têm leituras diferentes e por conseguinte efeitos diferentes.

As crianças mais pequenas aceitam as regras por respeito unilateral e consideram inquestionável o dever prescrito pelo próprio adulto. Já para as crianças mais velhas, as regras são construídas por cooperação e por respeito mútuo. Dos dois tipos de regras, a regra *exterior* ou heterónoma e a regra *interior*, é esta última que conduz a uma transformação real do comportamento natural livre de qualquer coação (Piaget, 1998).

Por conseguinte, existe associação entre exterioridade ineficaz e o respeito unilateral presentes na relação de constrangimento e a interiorização e o respeito mútuo presentes na relação da cooperação. O significado atribuído pela criança à sanção do adulto perante um comportamento inadequado pode ser diferente, consoante for determinado pelo respeito unilateral ou pelo respeito mútuo. À medida que a criança se aproxima do ideal de cooperação e de autodisciplina, afasta-se da sanção expiatória para se aproximar da reciprocidade (Piaget, 1998).

A disciplina parental como forma educativa é amplamente identificada como uma das dimensões básicas da parentalidade. Esta função parental envolve um processo complexo de comportamentos dos pais na relação com os seus filhos, com a intenção de proporcionar valores, normas e procedimentos em contextos culturais concretos (Maccoby, 2007; Straus & Fauchier, 2007). A disciplina parental inclui um conjunto de práticas educativas ou atitudes parentais utilizadas pelos pais com o objetivo de educar, socializar e controlar o comportamento dos seus filhos (Gomide, 2006). Na disciplina, a autoridade parental é exercida com a finalidade de

estabelecer limites, diretrizes e estruturar hábitos e regras de comportamento e não sobre o próprio ato de disciplinar e / ou sancionar (Rosabal-Coto, 2008, 2009).

A disciplina como função parental educativa pode ser vista a partir da perspectiva preventiva, envolvendo o recurso a medidas preventivas, com o objetivo de impedir a ocorrência do mau comportamento da criança. Essas medidas educativas são fundamentais para promover na criança, a adoção de comportamentos adequados e prevenir comportamentos indesejáveis (Socolar, Savage, Devellis & Evans, 2004).

Contudo, devido à capacidade limitada das crianças em controlarem o seu próprio comportamento, as medidas preventivas, ainda que eficazes, apenas reduzem a prevalência do mau comportamento, mas não o eliminam. O uso de medidas educativas quer preventivas quer corretivas revelam-se indispensáveis, face à ocorrência de comportamentos inadequados nas crianças (Tremblay, 2003; Straus & Fauchier, 2007).

Embora a prevenção e a correção estejam inter-relacionadas, elas são dimensões distintas da disciplina. Ambas são medidas necessárias de socialização que exigem a participação do adulto como mediador, tendo em conta a capacidade da criança para controlar o seu próprio comportamento (Straus & Fauchier, 2007). A disciplina parental corretiva exerce-se em momentos de interação pais-criança, em que a criança terá de ponderar os resultados dos seus desejos, perante o poder dos pais sobre os seus comportamentos, com o objetivo de ser levada a ponderar a modificação dos seus comportamentos perante os comportamentos disciplinares parentais adotados (Lubi, 2003).

#### 1.1.1.1 - *Métodos disciplinares parentais*

O modo como os pais podem utilizar o poder parental para alterar o indesejável comportamento dos filhos, pode ocorrer de duas formas: pela disciplina indutiva e pela disciplina punitiva. Na disciplina indutiva, os pais usam o poder parental para a modificação voluntária do comportamento da criança; na disciplina punitiva, o poder parental é usado com a finalidade de forçar a criança a adequar o seu comportamento pelas reações punitivas dos pais (Hoffman, 1975).

Apesar de as duas formas de educação terem como função comunicar à criança o desejo dos pais de que ela modifique o seu comportamento e cumpra as regras previamente estabelecidas, as práticas indutivas objetivam uma mudança voluntária do comportamento da criança, ao passo que as práticas que usam a punição reforçam e reafirmam o poder parental sobre a própria

criança (Ceconello, De Antoni & Koller, 2003). Na disciplina punitiva, os pais recorrem a práticas coercivas, utilizando diretamente o uso da força e do poder. São exemplos de práticas coercivas, a punição física, a privação de privilégios ou castigo, as ameaças, o desprezo, dar diretivas com pouca ou nenhuma explicação e a punição verbal (Hoffman, 1975; Alvarenga & Piccinini, 2001).

Na disciplina indutiva, os pais centram-se nas cognições daquilo que é certo e errado, induzindo a criança a reconhecer os efeitos do seu comportamento para si e para os outros (Hoffman, 2000). Exemplos de práticas da disciplina indutiva são: dar explicações baseadas nas consequências negativas ou dolorosas, dos seus comportamentos, para si e para os outros; fazer apelo aos aspetos lógicos da situação; fazer negociações; dar explicações sobre as regras, princípios, valores, e advertências morais; fazer apelo ao orgulho da criança e ao amor que ela sente pelos pais; e ainda comunicar à criança o desejo de que ela modifique o seu comportamento, induzindo-a a modificá-lo (Hoffman, 1975; Burlison, 1983; Grusec & Goodnow, 1994; Alvarenga & Piccinini, 2001).

A disciplina que envolve a indução é a forma mais eficaz de garantir que as crianças interiorizam os valores dos pais (Laible, Eye & Carlo, 2008). Pelo contrário, as práticas coercivas provocam emoções intensas como hostilidade, medo e ansiedade que podem pôr em risco a capacidade da criança para ajustar o seu comportamento à situação. Nestas práticas, o controlo do comportamento da criança é baseado em sanções externas que intensificam a percepção de valores e do padrão de ação moral como externos, enquanto as estratégias indutivas favorecem a internalização moral (Hoffman, 1975, 2000; Ateah & Parkin, 2002; Durrant, Rose-Krasnor & Broberg, 2003).

Vários estudos, sobre os efeitos das práticas coercivas, têm vindo a demonstrar que além da eliciação de comportamentos emocionais, ocorre também o condicionamento de comportamentos de fuga-esquiva, por meio de reforço negativo, que reduz ou inibe a criança da estimulação aversiva ou pré-aversiva, ou seja, a criança simplesmente passa a fugir ou evitar o agente punidor (Skinner, 1984). Nesta linha de pensamento, é importante considerar que o recurso a práticas coercivas está frequentemente associado ao agravamento do mau comportamento da criança. Nesta situação disciplinar, a resposta parental é instigada pelo mau comportamento da criança e não como uma resposta disciplinar face à necessidade de corrigir o comportamento infantil (Straus & Fauchier, 2007; Straus & Ramirez, 2007).

Dessa forma, os comportamentos inadequados continuam no repertório da criança, mas deixam de ser punidos, quando ela mente ou evita os pais. Além disso, Skinner (1984) enfatiza que punir uma criança não promove os comportamentos adequados, apenas reforça o comportamento dos pais que passarão a ter maior probabilidade de utilizar a coerção em situações similares. A este propósito, é importante considerar que a punição física surge frequentemente associada ao agravamento dos maus comportamentos infantis (Straus & Fauchier, 2007; Straus & Ramirez, 2007).

A coerção como prática disciplinar tem sido descrita na literatura como prejudicial ao desenvolvimento das crianças e dos adolescentes (Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989; Webster-Stratton & Hammond, 1998; Alvarenga & Piccinini, 2001; Skinner & Snyder, 2005; Salvo, Silveira & Toni, 2005; Straus & Savage, 2005; Bender et al, 2007; Darling, Cumsille & Martinez, 2008). Quando as crianças sofrem coerção dos adultos, numa relação de respeito unilateral, acabam por se socializar numa lógica de que somente os adultos têm razão e as suas afirmações são consideradas verdades e, como consequência, a autoridade adulta sobrepõe-se sobre o pensamento da criança (Piaget, 1972; 1998).

Estudos realizados sobre os efeitos negativos do uso da coerção parental nos comportamentos antissociais e a agressividade na infância demonstraram que as famílias que se caracterizavam por uma disciplina severa e inconsistente e com poucas relações positivas e reforçadoras entre pais e filhos tinham alta probabilidade de desenvolver comportamentos antissociais e agressividade nas suas crianças (Patterson, Reid & Dishion 2002; Webster-Stratton & Hammond, 1990; Guerra, Tolan, Huesmann, Acker & Eron, 1995; Straus, 2004, 2008).

Muitos dos estudos realizados sobre a disciplina parental, com o objetivo de analisar os seus efeitos negativos no desenvolvimento das crianças e jovens, têm evidenciado os processos punitivos como fatores de risco para o desempenho académico e para algumas perturbações, nomeadamente de atenção e do julgamento moral infantil (Straus, 2001, 2008; Durrant, Rose-Krasnor & Broberg, 2003; Socolar et al, 2004; Durham & Khoury-Kassabri 2007; Durrant & Ensom, 2012).

Estudos, com o mesmo propósito, têm demonstrado que a inconsistência na punição interfere na perceção do jovem sobre o meio, prejudicando a sua avaliação no que se refere aos efeitos que as suas ações têm sobre os outros e sobre o meio (Burlison, 1983). Outros estudos têm confirmado existir correlação positiva entre o comportamento pró-social da criança, em contexto académico, e práticas educativas maternas voltadas para o desenvolvimento da

empatia e associação entre negligência parental e crianças passivas e com deficits comportamentais (Eisenberg, 1992; Socolar & Stein, 1996; Bornstein, 2007).

Durante décadas de pesquisa, tem-se demonstrado os efeitos negativos da disciplina punitiva no desenvolvimento das crianças a longo prazo (Gershoff, 2002; Durham & Khoury-Kassabri, 2007; Gámez-Guadix, Straus, Carroble, Munoz-Rivas & Almendros, 2010; Leeuwen, Fauchier & Straus, 2012). Muitos dos estudos realizados sobre a disciplina parental como forma educativa têm confirmado que a punição como meio disciplinar é ineficaz, enquanto os métodos disciplinares indutivos contribuem para o desenvolvimento saudável e fortalecem as relações entre pais e filhos (Modig, 2009).

#### 1.1.1.2 - *Responsabilidade parental*

A responsabilidade parental exerce-se através de várias formas, dando conta das múltiplas e variadas necessidades dos filhos. O envolvimento dos pais, no exercício da sua responsabilidade, pode incluir uma interação direta, exigindo envolvimento direto com a criança, ou apenas a acessibilidade dos pais à criança, requerendo apenas a sua presença física ou a sua disponibilidade psicológica ou ainda a sua participação nas tarefas de planeamento dos cuidados à criança. Tais formas de exercício da responsabilidade parental envolvem aspetos de ordem física, psicológica e cognitiva (Palkovitz, 1996; Backer, Heller & Henker, 2000).

O reconhecimento da importância do exercício dos papéis parentais para o desenvolvimento da criança, tem vindo a enfatizar a necessidade de ser feita a diferenciação do envolvimento das mães e dos pais (Parke, 1996; Backer et al, 2000). Esta distinção torna possível não só uma análise diferenciada do envolvimento de cada um dos pais, nos diferentes contextos e nos diversos tipos de interação, como também possibilita a identificação de fatores determinantes de envolvimento paternal, uma vez que o papel paterno tem sido tradicionalmente menos claro, em comparação com o papel materno. Tal como alguns teóricos têm sugerido, este parece ser particularmente sensível ao efeito de fatores de origem social e cultural (McKie, Bowlby & Gregory, 2004; Pleck & Masciadrelli, 2004).

O clima sociocultural contemporâneo tem fomentado um crescente interesse pelo papel do homem na família e de forma particular pela paternidade. A mudança nos padrões económicos, nomeadamente na conciliação do emprego e da atividade doméstica e os cuidados aos filhos bem como as transformações nas atitudes sociais, em relação aos papéis das mães e dos pais na família e em particular ao nível da paternidade, têm resultado num maior apelo à participação

direta dos pais na vida familiar no espaço doméstico e particularmente nos cuidados às crianças (Cabrera, Tamis-LeMonda, Bradley, Hofferth, & Lamb, 2000). Contudo, apesar dos aumentos significativos do envolvimento paterno nas últimas décadas, os pais ainda passam menos tempo em atividades de parentalidade comparativamente com as mães, com uma variabilidade substancial entre famílias (Pleck & Masciadrelli, 2004; Sabbatini & Leaper, 2004). Segundo dados recentes de Portugal, do Relatório de 2012 do Observatório das Famílias e das Políticas de Família, os homens dedicam menos 7 horas semanais, em comparação com as mulheres, aos cuidados e à educação dos filhos (Walk, 2012).

Atualmente, a paternidade ainda parece alternar entre uma perspectiva moderna e outra conservadora pois, embora alguns pais desempenhem, no presente, um papel mais ativo na vida dos filhos, comparativamente com os seus ascendentes parentais ou até com os seus pares, no global, algumas mudanças ainda não se verificaram. O processo de partilha no exercício da parentalidade tem sido lento, embora contínuo (Pleck & Masciadrelli, 2004; Monteiro, Veríssimo, Santos & Vaughn, 2008).

Hoje, a necessidade da promoção dos cuidados paternos está firmemente enfatizada no enquadramento das estruturas políticas, como um requisito estratégico para os serviços dirigidos às crianças. Pois a promoção da paternidade ainda requer um envolvimento e um trabalho efetivo com os pais e os profissionais (Irwin et al, 2007).

Quanto aos padrões de responsabilidade e participação parental, alguns estudos têm demonstrado a existência de diferentes níveis de responsabilidade entre as mães e os pais, consoante o tipo de atividade. Neste sentido, os resultados têm evidenciado maior percentagem de cuidados, que implicam interação direta com os filhos, desenvolvidos pelas mães, em comparação com os pais (Ozgun & Honig, 2005). Também é quase sempre a mãe que realiza as tarefas de organização/cuidados, enquanto, nas atividades lúdicas de brincadeira/lazer, existe uma participação igualitária de ambos, pai e mãe (Monteiro et al., 2008; Peitz, Fthenakis & Kalicki, 2001).

É importante realçar que as atividades lúdicas têm horários mais flexíveis, e podem ser adequadas à disponibilidade dos pais e intercaladas com outras, contrariamente aos cuidados/organização que são rotinas e orientadas pelas necessidades imediatas das crianças. Deste modo, as mães ao assumirem estas práticas, têm necessidade de gerir o seu tempo e a sua disponibilidade entre as diversas atividades, realizando com maior frequência tarefas em simultâneo, de modo a preservar o tempo passado em atividades lúdicas, como por exemplo,

brincar ou conversar, enquanto, os pais passam mais tempo a realizar as atividades lúdicas de forma exclusiva (Wagner, Predebon, Mosmann & Verza, 2005; Craig, 2006).

Embora a investigação no domínio dos cuidados paternos seja ainda escassa, no geral, os seus resultados têm revelado que um aumento da participação do pai nas atividades diárias das crianças parece fortalecer uma relação de base segura com o pai, sugerindo que a participação paterna nos cuidados poderá facilitar o modo como os pais interpretam os sinais das crianças e lhes respondem. Este facto deve-se à oportunidade de o pai desenvolver sensibilidade para os sinais comunicativos dos filhos, o que, de outro modo, não desenvolveria (Cox, 2000; Lamb, 2012). A este propósito, Cabrera, Fitzgerald, Bradley e Roggman (2007) verificaram que os filhos de pais que participavam, com maior regularidade, nos seus cuidados tinham valores de segurança mais elevados, comparativamente com as crianças de pais menos envolvidos.

Alguns estudos, no âmbito da paternidade, têm evidenciado benefícios do envolvimento saudável dos pais na educação dos filhos, ao nível do funcionamento social, emocional e cognitivo das crianças, desde a infância (Lamb, 2012). Estudos, que avaliaram os resultados no desenvolvimento infantil a médio e longo prazo, em que os pais tiveram uma participação ativa na educação das crianças, revelaram que estas tendem a ter: níveis mais elevados de saúde; maior motivação para estudarem; maior rendimento académico e melhor desenvolvimento cognitivo; mais habilidades sociais; maior tolerância ao *stress*; menor abuso de drogas; e menos riscos para a saúde sexual e reprodutiva (Allen & Daly, 2007; Nock & Einolf, 2008, citados por Promundo, 2014).

Outros estudos, realizados neste âmbito, têm demonstrado que a interação com os pais não tem só benefícios diretos nas crianças. Segundo Bowlby (1988), o pai, ao exercer um papel de suporte à figura materna, através de apoio emocional e instrumental à mãe, também contribui para assegurar um clima propício ao desenvolvimento da criança. A participação dos pais na educação dos filhos e no trabalho familiar parece ter relevância noutros domínios, com benefícios indiretos para os próprios pais e mães, nomeadamente na própria saúde psicossocial e autodesenvolvimento dos pais (Palkovitz, 2007).

Estudos mais recentes, envolvendo os pais que usaram licença parental, também demonstraram ganhos indiretos para os pais, tais como: estilos de vida mais saudáveis, durante e após a licença parental (Mansdotter, Lindholm & Winkvist, 2007); níveis mais elevados de contato com a sua criança, quando as mães e os pais se separaram posteriormente (Durander & Jans, 2009, citados por Promundo, 2014); e ainda para as mães dos seus filhos que apresentaram menos tendência

a fumarem e a ficarem deprimidas e com mais tendência a amamentar (Kiernan & Pickett, 2006).

Estudos realizados sobre a participação dos pais na disciplina dos filhos e os estilos parentais evidenciaram não só associação quanto à frequência da sua responsabilidade como também no tipo de disciplina (Socolar & Stein, 1996; Calvete, Gamez-Guadix & Orue, 2010). Os pais com maior participação na parentalidade tendem a ter mais responsabilidade na disciplina (Fauchier & Straus, 2007a). Alguns estudos com pais autoritários observaram uma responsabilidade diferenciada entre a mãe e o pai, onde a mãe surge como disciplinadora primária e o pai não envolvido na disciplina (Sabatini & Leaper, 2004). Enquanto outros estudos, também com pais autoritários, encontraram o pai encarregado da disciplina, mas não nos cuidados aos filhos (Schoppe-Sullivan, Mangelsdorf, Brown & Sokolowski, 2007). Ao nível da disciplina exercida por pais autoritários observou-se um predomínio do exercício de disciplina punitiva por ambos, pai e mãe (Sabatini & Leaper, 2004).

Já nas situações de parentalidade, onde os pais eram igualitários, observou-se um alto envolvimento de ambos, pai e mãe na disciplina dos filhos (Bulanda, 2004). Os pais igualitários tinham mais tendência a usar a disciplina indutiva e menos tendência a usar a punição física ou psicológica, comparativamente com os pais com menos envolvimento na parentalidade (Fauchier & Straus, 2007b). Os mesmos autores observaram ainda que, em situações de parentalidade igualitária, as crianças tinham tendência a terem menos problemas de comportamento.

### **1.1.2 - O autocuidado como um recurso em saúde**

O autocuidado foi um conceito introduzido no contexto de saúde por Dorothea Orem (1956, 1979), com a finalidade de descrever as circunstâncias que levavam as pessoas a necessitarem de cuidados de enfermagem e para explicar de que modo a enfermagem exercia a sua assistência clínica. Na década de sessenta, do século vinte, o conceito de autocuidado em saúde foi formalizado e validado, através do trabalho desenvolvido pelos membros do *Nursing Development Conference Group* (1973).

O autocuidado como um recurso para a saúde foi adotado pela primeira vez pela OMS em 1982, num *workshop* com o tema *Autocuidado e saúde* organizado em torno dos estilos de vida e saúde. Neste encontro, estiveram reunidos profissionais da clínica, investigadores e

representantes de grupos de cidadãos que já defendiam o autocuidado como um recurso em saúde (WHO, 2005).

Para auxiliar neste trabalho, a OMS, em 1982, criou um centro de formação sobre autocuidado e saúde, com a finalidade de criar redes entre grupos com iniciativas neste âmbito, em toda a Europa. Em 1983, a OMS publica, pela primeira vez, a sua perspetiva sobre o autocuidado. Nesta publicação, o cidadão é considerado como elemento central no sistema de saúde e é proposta uma terminologia própria para a designação do cidadão e para outras definições, nomeadamente: autocuidado; cuidado voluntário e autoajuda (WHO, 1984).

Nesse documento, o autocuidado é definitivamente o recurso central no sistema de saúde, mas, ainda assim, numa abordagem médica de base tecnológica e funcionalista, associado a alterações de saúde, bem visível na sua designação, quando se refere às ações de autocuidado como as atividades e tomadas de decisão não formais (sem metodologia própria), relacionadas com a saúde, desenvolvidas pelos indivíduos, famílias, vizinhos, amigos, colegas de trabalho, ou outros. No entanto quando se refere à natureza das ações, verifica-se que estas abrangem as atividades como, automedicação, auto tratamento, apoio social em doenças e primeiros socorros (WHO, 1984).

Já a abordagem da OMS em 1985, no seu documento sobre *Estilos de vida que promovem a saúde*, é diferente da que tinha sido desenvolvida inicialmente, sendo essa diferença significativa. A conceção do autocuidado, utilizada neste contexto, inclui a adoção de um estilo de vida saudável. Nesse sentido, é manifesto que os indivíduos contribuam para a sua própria saúde, evitando os fatores de risco, adotando comportamentos de saúde, não por problemas de saúde, mas por motivações mais positivas, particularmente, valorizando a autovigilância. Nesta abordagem, já se verifica que os padrões de vida saudável são por razões de bem-estar e não apenas por modificações ligadas a problemas de saúde (Kickbusch, 1989).

Ainda nessa abordagem acerca dos estilos de vida, apoiada pela OMS, podemos constatar que o autocuidado já é considerado como algo que as pessoas fazem, dentro de um determinado contexto, e pode ser promovido ou dificultado por elementos culturais e estruturais e ser influenciado por culturas globais de saúde e ainda pelo papel dos serviços de saúde (Kickbusch, 1989). O autocuidado é um termo que também, ocupa uma posição de relevo na Carta de Ottawa, onde se pode ver na seguinte citação:

A saúde é criada e vivida pelas populações em todos os contextos da vida quotidiana: nos locais onde se aprende, se trabalha, se brinca e se ama. A saúde resulta dos cuidados que cada pessoa

dispensa a si própria e aos outros; do ser capaz de tomar decisões e de assumir o controlo sobre as circunstâncias da sua própria vida; do assegurar que a sociedade onde vive, cria as condições que permitam a obtenção da saúde para todos os seus membros.<sup>2</sup> (WHO,1986, pág. 329).

Também, na definição de promoção da saúde, apresentada pela OMS, é visível a responsabilização do cidadão, através de um processo de capacitação para aumentar o controlo sobre a sua saúde e do grupo, e ser capaz de identificar e realizar as suas aspirações, para satisfazer as suas necessidades, e para alterar ou lidar com o ambiente com a finalidade de atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social (WHO, 2005).

No entanto, só na década de 90 e início do terceiro milénio se conseguiu um impulso e crescimento de novas abordagens e políticas de saúde, principalmente em países mais ricos. Em 1998 a estratégia da OMS “Saúde 21” substitui a Estratégia “Saúde para todos” trazendo como objetivo reduzir a doença com o aumento do potencial de saúde, através da equidade, segurança ambiental e parcerias. A saúde passa a ser vista em função da capacidade de desenvolver o potencial individual e de responder positivamente aos estímulos ambientais. Também passa a ser encarada como uma componente indissociável do desenvolvimento económico (WHO, 2004).

Em 2000, a “Declaração para o Desenvolvimento do Milénio” coloca a saúde no centro do desenvolvimento e assume a corresponsabilidade dos países na defesa dos princípios da dignidade humana, com igualdade e equidade, com particular atenção aos mais vulneráveis, e em especial, as crianças (United Nations, 2000).

Os modelos atuais, ao adotarem o autocuidado como uma componente chave, sustentam-se no pressuposto de que a saúde resulta, em grande medida, daquilo que os indivíduos ou grupos são capazes de realizar, em função das suas aspirações e das suas necessidades e de alterarem o ambiente ou lidarem com ele. Neste sentido, o autocuidado é reconhecido não como um conjunto de ações específicas face às necessidades impostas por alterações de saúde, mas sim como ações que visam mover-se na direção de um padrão, considerado num determinado contexto (Kickbusch, 1989).

Apesar da evolução na saúde observada ao longo dos tempos, ainda há um longo caminho a percorrer. Nas últimas décadas, as agendas internacionais de saúde têm vindo a oscilar entre um foco nos cuidados médicos, com uma base de intervenções tecnológicas e de saúde pública,

---

<sup>2</sup> Tradução da responsabilidade da autora

e um entendimento da saúde como um fenómeno social, exigindo formas complexas de ação política intersectorial (WHO, 2010).

Podemos constatar que a saúde tem vindo a ser compreendida, progressivamente, nas suas dimensões socioeconómica e socio ecológica com relevo para a participação das pessoas. Acompanhando a evolução da saúde, também o autocuidado teve no seu início, um foco nos cuidados médicos de base tecnológica e funcionalista, evoluindo para um comportamento social ativo, onde é considerado como parte integrante do estilo de vida, num contexto mais amplo e de enorme relevância e não apenas centrado na responsabilidade individual (Kickbusch, 1989). Hoje, o autocuidado é considerado num modelo de análise mais abrangente - comportamental, social, ambiental ou político - e não puramente funcional.

#### 1.1.2.1 - *O processo de capacitação em saúde*

O reconhecimento do autocuidado como essencial para a saúde, implica que a promoção da saúde passe a ser encarada como um processo de capacitação das pessoas e grupos para aumentarem o autocontrolo sobre a saúde e para a melhorarem (WHO, 2010). Nesta perspetiva, associado ao autocuidado está ligado o *empowerment* do indivíduo, na medida em que as pessoas, ao desenvolverem ações para obter determinados resultados na sua vida diária, o façam de modo a que a saúde seja o seu principal quadro de referência, não apenas para alcançar a saúde como um resultado, mas também para aumentarem o autocontrolo sobre a sua vida. (Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002).

No entanto, e apesar de o *empowerment* estar presente em qualquer modelo de capacitação adotado em saúde, o seu significado nem sempre é claro (WHO, 2010). Partindo do pressuposto de que existem vários níveis de capacitação, o *empowerment* na saúde torna-se um processo complexo. De acordo com Kabeer (1999), o *empowerment* é um processo dinâmico, através do qual um indivíduo aumenta a capacidade de autocontrolo sobre os seus recursos e a capacidade de fazer escolhas informadas, o que implica uma extensão do poder pessoal para influenciar o seu ambiente.

No processo de *empowerment* estão envolvidos componentes sem os quais não é possível a sua concretização, são eles: os recursos, a agência e as aquisições. Ainda que estes elementos sejam descritos em separado, eles são inseparáveis, pois são os recursos e a agência do indivíduo que permitem a capacitação para alcançar as aquisições, resultantes do *empowerment* (Kabeer, 1999).

No decurso do *empowerment* é necessário observar-se que a pessoa: reconheça o seu direito e o dever de ter uma opinião; desenvolva a intenção explícita de querer controlar o seu comportamento e traçar um curso de vida, considerando os benefícios e os riscos, através de premeditação e definição de metas e acredite que é capaz de ser agente de mudança na sua vida, apesar dos condicionalismos que podem ocorrer (Kabeer, 1999; Bandura, 2001).

Os recursos são as pré-condições necessárias para catalisar o processo de *empowerment*. Trata-se de bens essenciais que variam em função da natureza do problema para o qual se dirige a capacitação. Exemplos de recursos são: alimentação, habitação, informação, e outros recursos sociais que podem ser disponibilizados através da família, amigos, dos serviços de saúde, escola, e comunidade em geral. No entanto, em muitas situações, nomeadamente relacionadas com a saúde, o objetivo do *empowerment* é capacitar para o acesso a tais recursos (Jain & Kurz, 2007).

Um recurso pessoal chave para o autodesenvolvimento bem-sucedido da adaptação à mudança é a crença na sua eficácia, pelo impacto que tem sobre o domínio cognitivo, motivacional, afetivo, e particularmente no processo de decisão (Bandura, 1997, 2001).

O efeito da crença de eficácia observa-se a vários níveis, nomeadamente sobre a forma como as pessoas pensam, com otimismo ou pessimismo, determinando o modo como veem as circunstâncias de vida, ou como impedimentos ou como oportunidades, dando assim como resposta debilitarem-se ou aperfeiçoarem-se. O seu efeito observa-se ainda sobre os objetivos pessoais, as suas aspirações, e a perseverança perante as dificuldades e adversidades, e ainda sobre as expectativas de resultados, favoráveis ou adversos, que esperam com os seus esforços (Bandura, 2005).

A agência, considerada como a capacidade de definir um objetivo, tomar decisões e agir sobre ele, é a essência do *empowerment*, segundo Malhotra e Schuler (2002). Para obter os recursos para a capacitação, torna-se necessário que o indivíduo tenha a liberdade e a capacidade de optar pela utilização desses recursos, para alcançar os resultados desejados. Ser um agente de mudança requer, no mínimo, a autoconsciência. Para ter agência é necessário, em primeiro lugar, desocultar e priorizar interesses próprios, implicando muitas vezes uma mudança da aceitação passiva das expectativas pessoais, socialmente ditadas, em direção a uma reflexão mais ativa e crítica das próprias preferências, desejos e direitos (Kabeer, 1999).

Mais importante do que a agência sobre as ações, externamente observáveis, é a agência sobre o significado, motivação e intenção que os indivíduos trazem para as suas ações (Malhotra &

Schuler, 2002). Ser agente inclui o estabelecimento de metas e antecipação de desafios, a fim de alcançar intencionalmente os resultados desejados, o que requer intencionalidade e premeditação (Bandura, 2001).

Para a concretização das ações, as pessoas formam intenções que incluem planos e estratégias para a sua realização. A intenção é a representação de uma ação a ser realizada no futuro. Não é uma simples expectativa ou previsão de ação futura, mas sim um compromisso pró-ativo para a realização da ação. Intenção e ação são diferentes aspectos de uma relação funcional separados no tempo (Bandura, 2001).

A extensão temporal da agência através de premeditação permite planos direcionados para o futuro. As pessoas definem metas e antecipam os resultados prováveis das ações potenciais, no sentido de orientar e motivar os seus esforços antecipatórios, e selecionam e criam linhas de ação que possam produzir os resultados desejados e evitar os indesejáveis (Bandura, 1997, Bandura 2005).

Através do exercício de premeditação, as pessoas motivam-se e orientam as suas ações por antecipação de acontecimentos futuros. Eventos futuros não podem, evidentemente, ser causas de motivação e de ações porque eles não têm existência real. No entanto, eventos previsíveis futuros, ao serem representados cognitivamente no presente, são convertidos em motivadores e reguladores de comportamento. Desta forma, através da auto-orientação antecipatória, o comportamento é motivado e conduzido por metas projetadas e por resultados esperados (Bandura, 2001).

A regulação do comportamento, pelas expectativas de resultados, promove o comportamento providente, ao permitir que as pessoas adotem cursos de ação suscetíveis de produzir resultados positivos e gratificantes e rejeitem aqueles que trazem resultados negativos ou sancionais (Bandura, 1986). Quando as pessoas adotam padrões pessoais, regulam o seu comportamento por resultados auto avaliativos, o que pode aumentar ou diminuir a influência externa. (Bandura, 2001).

A premeditação e a auto influência são partes importantes de uma estrutura que orienta as razões para as ações. Contudo os agentes não são apenas planejadores e antecipadores. Eles também são autorreguladores, ao adotarem padrões pessoais de monitorização e de regulação das suas ações de influência auto reativa.

No entanto, as pessoas não são apenas agentes de ações. Através da autorreflexão sobre a sua eficácia pessoal, da solidez dos seus pensamentos e ações, e do significado atribuído às suas

ações, os agentes também produzem ajustes corretivos quando necessário, exercendo ações que lhes dão satisfação e autoestima ou abstendo-se de exercer ações que lhes tragam autocensura (Bandura, 2005).

Não obstante o que foi anteriormente descrito, é importante salientar que a previsibilidade não é uma constante nas trajetórias de vida. Existem determinantes que ocorrem em circunstâncias imprevisíveis e por vezes indesejáveis que impelem as pessoas para novos caminhos da vida. Nessas circunstâncias, são outros atributos pessoais que influenciam a adaptação à mudança de forma eficaz, nomeadamente as crenças, interesses e competências (Bandura, 2001).

Frequentemente, o curso das ações dos indivíduos envolve a participação de outros agentes que a teoria social cognitiva distingue em três modos. Estes incluem a agência pessoal, proximal e coletiva (Bandura, 2005).

Na agência pessoal, o indivíduo traz as suas influências para o seu próprio funcionamento. No entanto, em muitas esferas da vida, as pessoas não têm controlo sobre as condições sociais e hábitos institucionais que afetam as suas vivências quotidianas. Nessas circunstâncias, as pessoas procuram a sua segurança e bem-estar, através do exercício da agência proximal.

Na agência proximal, as pessoas tentam, de alguma forma, ter acesso a pessoas próximas que tenham recursos, conhecimentos ou influências, para obterem agência através de outros e assim garantir os resultados que desejam. (Baltes, 1996, citado por Bandura, 2005). Esta forma de agência é particularmente relevante para as crianças e adolescentes ao requererem a participação dos seus pais ou de outros responsáveis sociais.

A agência coletiva permite às pessoas terem um compromisso individual com intenções comuns ao coletivo e uma coordenação interdependente dos planos de ação e nas atividades de colaboração. Este tipo de agência tem como objetivo fundir diversos interesses pessoais, ao serviço de intenções comuns, prosseguidos numa participação coletiva, de forma concertada (Bandura, 2005).

O espaço de diálogo, necessário no exercício da ação coletiva, garante às pessoas a liberdade de se expressarem e agirem em conjunto, de modo a que as pessoas decidam concluir, entre si, um pacto baseado numa relação de reciprocidade que as une por meio de um compromisso mútuo (Arendt, 2001). No exercício da ação coletiva, as pessoas partilham os seus conhecimentos, habilidades e recursos e proporcionam apoio mútuo, formando alianças, para um trabalho conjunto, de modo a garantir as aquisições que eles não conseguem alcançar de forma isolada.

A crença das pessoas nas capacidades conjuntas compartilhadas é a base da ação coletiva. A eficácia coletiva percebida, perspectiva a ideia de que os esforços que têm em vista os resultados desejados do coletivo reforçam o compromisso motivacional, para empreendimentos conjuntos, fortalecem a resistência à adversidade e aumentam as realizações do grupo (Bandura, 2005).

As aquisições são as concretizações das ações resultantes do processo de capacitação (Kabeer, 1999). Os resultados alcançados são indicativos de uma aquisição, se para alcançar esse resultado a pessoa foi um agente. Desta forma a concretização da ação faz prova do processo de capacitação de um indivíduo, resultante de *empowerment*. Isto é, para que a ação observada seja considerada aquisição é necessário observar-se se esta resultou de um processo de *empowerment* (Kabeer, 1999).

#### 1.1.2.2 - Teoria de enfermagem do autocuidado de Orem

A teoria de enfermagem do autocuidado, foi desenvolvida por Dorothea Orem em 1956, é uma das teorias mais amplamente discutidas e utilizadas internacionalmente em enfermagem (Meleis, 2012). Trata-se de uma teoria geral, e não apenas de uma teoria explicativa de uma situação específica, podendo ser adotada em qualquer situação de enfermagem (Fawcett, 2001).

Orem definiu o conceito de autocuidado como uma função humana reguladora, realizada pelo indivíduo, ou para ele por outros, com o objetivo de manter as funções que garantam a vida, a saúde e o bem-estar, num quadro de condições que são essenciais à vida. Para a mesma autora, as pessoas que desenvolvam o autocuidado, possuem as condições que as tornam capazes de desenvolver as ações e o poder de agir de forma deliberada na gestão das necessidades reguladoras, perante fatores internos e externos que afetam as atividades do indivíduo e o seu desenvolvimento. A teoria de enfermagem do autocuidado parte do pressuposto central que a pessoa cuida de si mesmo, em função da manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Orem, 2001).

A teoria de enfermagem do autocuidado é constituída por três teorias relacionadas e sequenciais: a primeira, a *teoria do autocuidado* em que se descreve e explica o autocuidado; a segunda, a *teoria do déficit do autocuidado*, em que se explica as razões pelas quais a enfermagem exerce cuidados de saúde às pessoas, e a terceira, a *teoria dos sistemas de enfermagem*, que constitui a descrição das relações que são necessárias estabelecer para que se exerça a enfermagem. A articulação destas três teorias constitui o desenvolvimento e o refinamento da teoria geral (Orem, 2001).

Na teoria déficit do autocuidado<sup>3</sup>, o autocuidado é o resultado do desempenho da capacidade para o autocuidado, de modo a satisfazer as exigências de autocuidado terapêutico. O pressuposto central desta teoria é o de que, a qualquer momento, as pessoas podem ter limitações na capacidade de satisfazer os requisitos de autocuidado. Estas limitações podem ser transitórias e facilmente superadas pelos indivíduos. No entanto, existem situações em que, pela natureza e/ou extensão do déficit de autocuidado, as pessoas tornam-se dependentes de outros, para a satisfação dos requisitos de autocuidado (Orem, 2001).

A teoria dos sistemas de enfermagem descreve os requisitos e as ações de autocuidado e ainda as formas de intervenção de compensação terapêutica de enfermagem, dirigidas a indivíduos com déficit de autocuidado. De acordo com esta teoria, as intervenções podem ser totalmente compensatórias, quando compensam a incapacidade, apoiam e protegem; parcialmente compensatórias, quando substituem o indivíduo em algumas atividades e ainda intervenções de apoio e educação, quando ajudam a tomar decisões, fornecem informação e promovem a aprendizagem (Orem, 2001).

À luz da teoria do autocuidado, existe uma relação intencional entre o autocuidado e as ações de funcionamento e desenvolvimento individual e de grupo. Na perspectiva de Orem, as pessoas desenvolvem o autocuidado através de uma série de relações interdependentes dentro da família, da comunidade e da cultura, ao longo da vida (Orem, 2001).

Nesta teoria são descritos três conceitos operativos: as práticas de autocuidado; os requisitos de autocuidado; as capacidades para o autocuidado. Estes conceitos interligam-se num modelo explicativo do modo como as pessoas gerem as suas práticas de autocuidado em prol de si mesmas ou de pessoas dependentes, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, conforme se observa na Figura 2 (Denyes, Orem & SozWiss, 2001).

---

<sup>3</sup> O "déficit de autocuidado" é considerado como uma relação entre as capacidades de ação de um indivíduo e as necessidades de autocuidado (Orem, 2001).

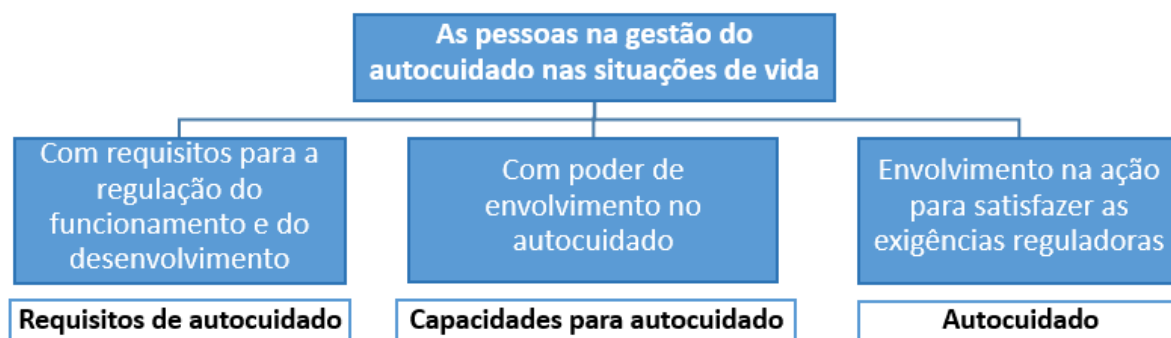


Figura 2 - Elementos da Teoria do autocuidado de Orem. Adaptado de “Self-care: A Foundational Science,” por M. Denyes, D. Orem, e B. SozWiss, 2001, *Nursing Science Quarterly*, 14, p. 49. Copyright 2001 da Sage Publications, Inc.

As práticas de autocuidado têm como objetivos: manter a saúde e o bem-estar; fornecer meios para o desenvolvimento contínuo e para funcionar de acordo com as normas compatíveis com as condições essenciais à vida; e manter o ambiente necessário para garantir o funcionamento integrado e o desenvolvimento humano individual e de grupo. As pessoas produzem autocuidados através de práticas, deliberadamente realizadas, com vista aos requisitos de autocuidado (Orem, 2001).

Os requisitos de autocuidado são definidos como as necessidades decorrentes da universalidade da pessoa, da sua singularidade e das relações interdependentes dentro das unidades sociais - como a família e a comunidade - e constituem as condições básicas requeridas, para as ações de regulação dos autocuidados. Os requisitos vão variando ao longo da vida e em situações específicas, em função dos estados de funcionamento e desenvolvimento humano e dos fatores que condicionam esses estados, que contribuem para a vida, saúde e bem-estar (Orem, 2001).

Os requisitos de autocuidado são de dois tipos: os requisitos permanentes essenciais e os de situações específicas. Os requisitos permanentes essenciais são os requisitos de funcionamento e desenvolvimento humano durante toda a vida. Estes requisitos (permanentes essenciais) subdividem-se em requisitos universais e requisitos de desenvolvimento. Os requisitos de situações específicas estão associados a condições de funcionamento e desenvolvimento, internas ou externas, que surgem a qualquer momento e se constituam como risco para a saúde e bem-estar das pessoas (Denes et al, 2001).

Os requisitos universais são comuns a todas as pessoas e estão presentes em todas as fases da vida. Estes refletem as necessidades humanas fundamentais que proporcionam as condições

internas e externas para manter e promover o desenvolvimento humano. De acordo com Orem, os requisitos universais são:

- Manutenção de uma quantidade suficiente de ar;
- Manutenção de ingestão suficiente de água;
- Manutenção de ingestão adequada de alimentos;
- Provisão de cuidados associados aos processos de eliminação;
- Manutenção do equilíbrio entre o descanso e a atividade;
- Manutenção do equilíbrio entre o isolamento e a interação social;
- Prevenção de riscos para a vida, funcionamento e bem-estar humanos;
- Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro de grupos sociais de acordo com o potencial humano, as limitações humanas conhecidas, e o desejo de ser normal <sup>4</sup> (Orem, 2001 p. 225).

Os requisitos de desenvolvimento estão associados aos estádios de desenvolvimento em que cada pessoa se encontra. Existem três áreas de requisitos de desenvolvimento: “Provisão de condições que promovam o desenvolvimento; Compromisso no autodesenvolvimento; Prevenção ou superação dos efeitos das condições e situações que afetam negativamente o desenvolvimento” (Orem, 2001 p. 225).

Os requisitos para os autocuidados, em situações de saúde/doença, estão ligados à regulação e controlo dos distúrbios estruturais ou funcionais, à atenuação ou superação dos efeitos prejudiciais e a transtornos de desenvolvimento e incapacidades. As mudanças no estado de saúde produzem requisitos relacionados com:

- Atender aos sentimentos associados;
- Procurar assistência dos profissionais de saúde adequados;
- Desenvolver as ações recomendadas;
- Atender aos efeitos do tratamento ou dos procedimentos de saúde, nomeadamente aqueles que são desconfortáveis ou danosos;
- Modificar o “eu” ajustando-se ao estado de saúde específico e às necessidades decorrentes deste;
- Aprender a viver com os efeitos das condições de saúde alteradas, num estilo de vida que promova o desenvolvimento pessoal;
- Integrar as mudanças de vida no sistema familiar (Orem, 2001, p. 226).

---

<sup>4</sup> A tradução é da responsabilidade da autora

As capacidades para o autocuidado definem-se como as habilidades para o desempenho bem-sucedido do autocuidado. Estas desenvolvem-se no decurso da vida, através de um processo de aprendizagem, fortemente potenciada pela curiosidade intelectual (Orem, 1979; 2001).

O autocuidado em saúde, refletido nas capacidades para a ação, inclui: as *capacidades fundamentais*, dirigidas para a satisfação dos requisitos universais; as *capacidades de poder*, direcionadas para a concretização dos objetivos e as *capacidades de desempenho*, voltadas para questões específicas de saúde (Orem, 1979; 2001).

As capacidades fundamentais incluem os recursos que permitem compreender e atender os requisitos universais, que surgem durante o processo de vida, com a finalidade de regular o próprio funcionamento que garanta a vida, a saúde e bem-estar.

As capacidades de poder incluem os recursos de decisão necessários para garantir o compromisso nas ações de autocuidado, de modo a obter o autocontrolo.

As capacidades de desempenho incluem os recursos necessários que permitem compreender e agir sobre as questões de saúde/doença, nomeadamente as capacidades de resolução de problemas, tomada de decisão e utilização de recursos de saúde (Orem, 2001).

As capacidades para o autocuidado incluem os seguintes domínios: o domínio cognitivo, constituído pelo conhecimento das condições de saúde e das habilidades cognitivas necessárias para exercer as ações de autocuidado, nomeadamente a capacidade de decisão; o domínio físico que inclui as capacidades físicas para efetuar a ação; o domínio psicossocial, destacando-se as atitudes, os valores, o desejo, a motivação e a auto eficácia na realização da ação; e o domínio comportamental que se refere às habilidades necessárias para executar os comportamentos de autocuidado (Lantz, et al, 1995, citados por Sidani, 2012; Burks, 1999; Young, Taylor & Renpenning, 2001).

### 1.1.2.3 - *Fatores condicionantes do autocuidado em saúde*

O desenvolvimento do autocuidado, na direção da responsabilidade pela saúde, é desenvolvido no decurso da vida, através das relações estabelecidas com o mundo exterior (Orem, 2001). À medida que as pessoas vão exercendo a autorresponsabilidade pelas ações e atitudes, vão desenvolvendo uma autoridade interna reguladora de condutas e escolhas para manter a integridade estrutural, o funcionamento e desenvolvimento individual e dos grupos, num quadro

de condições que são essenciais à vida, de uma forma autónoma, consistente, intencional e efetiva (Soderhamn, 2000; Orem, 2001; Young et al, 2001; Taylor & Rempennin, 2011).

Para o desenvolvimento do autocuidado, é necessário que as pessoas possuam uma estrutura cognitiva que funciona como um mecanismo de processamento de informações que ajuda as pessoas a terem um maior *insight* sobre uma determinada situação. Esta estrutura cognitiva é mediadora e funciona como um filtro interno que seleciona e organiza a informação, de uma forma adequada e particular. Os estímulos e as informações que a pessoa recebe do meio externo parecem determinar a forma como o indivíduo utiliza a informação para transformar os seus pensamentos e tomar as decisões, em interação com o mundo exterior (Baker & Denyes, 2008).

Ao longo do processo de aprendizagem do autocuidado, as pessoas vão exercendo um esforço contínuo que lhes permite serem capazes de agir, gerindo o que sentem perante as possíveis alterações da vida e da saúde, de forma facilitadora da estabilidade e da adaptação à mudança. A concretização desse esforço pode manifestar-se na adequação das capacidades e das atividades de autocuidado e na adequação das atividades ao significado contextual (Soderhamn, 2000).

Os resultados da aprendizagem do autocuidado que se pretendem alcançar podem ser observados ao nível da aquisição de capacidades, da transcendência do “eu”, e no equilíbrio entre a funcionalidade ideal e a integridade na vida diária. Os resultados positivos são a funcionalidade, a responsabilidade e a integridade que surgem quando as capacidades são congruentes com as necessidades. Os resultados negativos surgem quando há discrepâncias entre as capacidades e as necessidades, estados emocionais negativos e a falta de apoio (Bente, Wagner, & Hall, 2007).

No sentido de esclarecer os fatores que possam estar associados às práticas de autocuidado, vários estudos têm evidenciado fatores ligados à pessoa, como, a idade, o género, os conhecimentos, habilidades e motivação, autoconceito, autoeficácia, grau de maturidade e de autorresponsabilização e a prioridade atribuída à saúde. Dos fatores ligados ao ambiente, onde a pessoa se insere, destacam-se as crenças, hábitos e cultura que caracterizam o grupo ao qual a pessoa pertence, o seu papel na família e nos grupos sociais, bem como os rendimentos, a etnia e as experiências de cuidados de saúde anteriores (Backman & Hentimen, 1999, 2001; Soderhamn, 2000; Taylor, 2001).

Ao nível pessoal, em estudos que incluíram crianças e adolescentes, uma idade mais jovem foi identificada como fator que influencia positivamente as práticas de autocuidado em comparação com as crianças e com os adolescentes mais velhos (Denyes, 1988; McCaleb & Cull, 2000). Em estudos que incluíram adolescentes com o diagnóstico clínico de diabetes tipo I, também os adolescentes mais jovens obtiveram níveis mais elevados de práticas de autocuidado em comparação com os adolescentes mais velhos (Morre E Mosher, 1997, citados por Sidani, 2012; McCaleb & Cull, 2000; Dashiff, McCaleb & Cull, 2006).

Em relação ao sexo, as raparigas adolescentes com diabetes tipo I obtiveram *scores* mais elevados nas práticas de autogestão da diabetes, comparativamente com os rapazes adolescentes (Dashiff et al, 2006). Outros estudos com adolescentes evidenciaram, não de forma consensual, que o sexo influencia positivamente as práticas de autocuidado, já que, Denyes (1988), identificou como favorecedor das práticas de autocuidado, ser do sexo masculino, enquanto Callaghan (2006) identificou o mesmo em relação ao sexo feminino. Em estudos com populações adultas, também parece não existir consenso, porquanto em situação de doença cardíaca, as mulheres tiveram maior *score* de práticas de autocuidado comparativamente com os homens, (Rodeman, Conn & Rose, 1995, citados por Sidani, 2012) enquanto noutros estudos com adultos saudáveis não se encontraram diferenças entre homens e mulheres (Andrews, David & Aroian, 2009).

Ainda a nível pessoal, dos escassos estudos que têm observado a influência de fatores promotores do autocuidado em saúde em populações saudáveis, alguns identificaram fatores positivamente correlacionados com as práticas de autocuidado como o autoconceito positivo (McCaleb & Edgil, 1994); a perceção de autoeficácia (Lorig & Holman, 2003; Callaghan, 2003, 2005).

A níveis mais elevados de práticas de autocuidado corresponderam níveis mais elevados de capacidade de decisão, quer em adolescentes (Baker & Denyes, 2008), quer em populações jovens, populações adultas e idosos saudáveis e doentes (Horsburgh, Beanlands, Looking-Cusolito, Howe & Watson, 2000, citados por Sidani, 2012). Também a atenção dada à saúde foi preditor do autocuidado de saúde, nomeadamente nos adolescentes (Baker & Denyes, 2008). O nível de conhecimentos foi igualmente fator determinante das práticas de autocuidado, sendo que, quanto mais conhecimento, maior envolvimento nas práticas de autocuidado (Badzedk, Hines & Moss, 1998, citados por Sidani, 2012).

Também a função cognitiva parece estar relacionada com as práticas de autocuidado, de forma que, a um nível mais elevado da função cognitiva correspondeu um maior nível de envolvimento nas práticas de autocuidado (Doran et al, 2006, citados por Sidani, 2012). Ainda a nível pessoal, o estado de espírito positivo foi associado a maior responsabilidade de cuidar de si, assim como as crenças em saúde e o autoconceito de saúde foram vistos como facilitadores do autocuidado (Backman & Hentinem, 1999, 2001). Já pelo efeito negativo, nos resultados do autocuidado, a angústia foi associada ao abandono no autocuidado (Backman & Hentinem, 2001).

Ao nível interpessoal, comportamentos familiares afetivos influenciaram positivamente o autocuidado em crianças e adolescentes (Faulken & Chang, 2007). Também em adultos em situação de dependência nas práticas de autocuidado, a perceção do apoio social e a influência de pessoas significativas, particularmente a qualidade da relação com os familiares e amigos, afetaram o modo como as práticas de autocuidado foram percebidas e realizadas (Baker, 1997; Burbank, 1992; Baker et al, 2005).

Quanto ao nível socioeconómico, parece ser consensual que as crianças e jovens, de famílias pobres, têm mais probabilidade de serem expostas e serem afetadas pelo efeito das condições adversas para o seu desenvolvimento saudável, nomeadamente, o tipo e a localização da habitação, o acesso a bens essenciais à vida e à saúde, como cuidados de saúde e outros serviços que exercem influência profunda no desenvolvimento da saúde (Hertzman & Wiens, 1996; DiPietro, 2000). O estatuto socioeconómico da família tem sido apontado como determinante do desenvolvimento saudável das crianças, também através do seu efeito no *stress* parental. O baixo rendimento dos pais apresenta-se como um risco aumentado para uma variedade de formas de sofrimento psíquico, como sintomatologia depressiva e baixa autoestima. Estes problemas de saúde surgem através de uma combinação de maior exposição aos eventos negativos da vida e a escassez de recursos para lidar com experiências adversas (Shonkoff & Phillips, 2000).

Quanto ao autocuidado, o nível socioeconómico foi identificado como fator que influencia positivamente o autocuidado em crianças e adolescentes, nomeadamente o rendimento e condições de vida adequados (Callaghan, 2006). À semelhança do que se encontrou nos estudos em populações de crianças e adolescentes, também em populações adultas, o maior nível socioeconómico foi consistentemente associado com maior desempenho de práticas de autocuidado em pessoas com carcinoma (Hanucharunkul, 1989, citado por Sidani, 2012) e idosas saudáveis (Wang & Lee, 1999, citados por Sidani, 2012) e idosos saudáveis (Nicholas,

1993, citado por Sidani, 2012). No entanto, um estudo identificou o menor nível socioeconómico associado ao aumento de autocuidado em adolescentes (McCaleb & Edgil, 1994).

Embora as condições socioeconómicas da família estejam associadas à capacidade de fornecer vários recursos, tais como cuidados de saúde e de outros cuidados como a educação que exercem uma forte influência na saúde e no desenvolvimento (Hertzman & Wiens, 1996), ao nível do autocuidado, parece não existir consenso quanto à influência das condições económicas.

Estudos sobre fatores de ordem social e cultural, com populações em situação de doença, identificaram: associação positiva entre o nível de autocuidado e uma participação ativa nos cuidados; a continuidade do exercício do papel de cuidador; uma atmosfera livre de censura e o reconhecimento do valor da pessoa (Miller & Iris, 2002). Alguns estudos sobre a influência dos serviços de saúde, no desenvolvimento das práticas de autocuidado, observaram que programas de saúde orientados para o reforço da autoeficácia dos utentes tiveram influência positiva nas práticas de autocuidado e reduziram a incapacidade crónica (Lorig & Holman, 2003; Baker et al, 2005). Outros estudos sobre programas de saúde, centrados na aprendizagem do autocuidado, que proporcionaram a participação das pessoas nos cuidados e que incluíram o confronto com os resultados obtidos, tiveram um efeito positivo nas práticas de autocuidado e no bem-estar dessas pessoas (Ruffing-Rahal, 1993).

## 1.2 - JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

O autocuidado tem sido objeto de análise numa vastíssima bibliografia empírica e teórica. Contudo, e apesar da pesquisa corroborar a proposição teórica da influência de fatores psicossociais na aprendizagem do autocuidado no ciclo de vida, a forma como essa influência ocorre ainda não é totalmente esclarecida. O conhecimento das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos e da forma como a dimensão socioeconómica familiar e particularmente a disciplina parental pode influenciar essas práticas, constitui-se o desafio da presente investigação.

O autocuidado, classicamente, tem sido descrito como um cuidado profissional ou como complementar ao exercício profissional em resposta às exigências impostas pelas doenças e envelhecimento, como podemos constatar na revisão da literatura anteriormente apresentada.

Decorrentes desta perspectiva, tradicionalmente, os projetos terapêuticos de enfermagem têm privilegiado respostas às necessidades das pessoas quando estas se encontram em situação de doenças, nomeadamente em função da gestão dos problemas de saúde, resultantes da doença aguda e crónica; do seu tratamento; prevenção de complicações e também em resposta à melhoria funcional ligada aos processos de envelhecimento. Tal facto pode explicar o predomínio de estudos com enfoque em variáveis como a perda da autonomia ou a sua aquisição após a perda, frequentemente associada a situações de doença e de envelhecimento.

Em relação à disciplina parental, a necessidade de compreender o modo como esta contribui para as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos parece-nos importante também pelo facto de, classicamente, a disciplina parental ser objeto de estudo, em crianças e jovens com perturbações de saúde ou de desenvolvimento (Sidani, 2012).

O conhecimento sobre a disciplina parental como forma educativa tem vindo a evidenciar a importância das competências parentais e da qualidade da interação com os pais para o desenvolvimento da criança, nomeadamente no desenvolvimento das competências psicossociais, como a autonomia e a proatividade. No entanto, a disciplina parental tem vindo a ser classicamente investigada, como fator de risco para as perturbações de desenvolvimento das crianças e jovens, particularmente nos domínios cognitivo e social, e não como forma promotora do desenvolvimento das crianças e jovens.

Estudos sobre o autocuidado, envolvendo crianças e adolescentes, têm demonstrado que o processo de aprendizagem do autocuidado é desenvolvido ao longo do tempo (McCaleb & Edgil, 1994, 2000; Baker, 1997; Taylor, 2008). Outros estudos sobre cuidados parentais, em situações de doença, evidenciam associação positiva entre a afetividade dos pais e a adesão ao autocuidado e associação entre a negligência parental e a pior adesão ao autocuidado (Frey & Denyes, 1989).

No entanto, parece-nos importante salientar que os estudos consultados nos domínios referidos anteriormente- autocuidado em saúde e disciplina parental- adotando uma visão patogénica, estes têm privilegiado variáveis ligadas a fatores de risco. Mesmo os estudos realizados no âmbito da saúde dos jovens, com o objetivo de avaliar a sua situação de saúde, privilegiam a identificação de comportamentos de risco para a saúde, relacionando-as com os fatores de risco.

Pela pesquisa teórica e empírica realizada, parece-nos igualmente importante a necessidade de se ampliar a conceptualização da disciplina parental, numa perspectiva desenvolvimental positiva. A natureza holística e sistémica da disciplina parental permite a sua expansão para a

compreensão da sua influência no desenvolvimento infantil, tornando o seu enquadramento teórico aplicável à investigação das práticas relacionadas com a saúde, como a autorregulação ou a adoção de comportamentos essenciais à vida, como a alimentação ou a interação social. Estudos recentes, que avaliaram a relação entre a disciplina parental implementada e as capacidades para o autocuidado dos filhos, ainda que, associadas a problemas de saúde, acrescentam desenvolvimento teórico e empírico e apoiam o valor da pesquisa neste domínio nomeadamente para a prática clínica.

No entanto, é importante realçar que, nos estudos realizados sobre a disciplina parental e o autocuidado dos filhos em situações de doença, não fica claro se os fatores que influenciam o autocuidado em situações específicas de doença são, na verdade, os mesmos ou se são outros associados ao autocuidado como um recurso em saúde (Denyes et al, 2001). Já que, estudos com crianças e adolescentes, que vivenciam processos de doença, têm evidenciado que estes são frequentemente afetados nas suas perceções, assim como os seus pais, nomeadamente nas suas respostas perante maus comportamentos de saúde dos filhos (Secco, 2002).

Face aos resultados destes estudos, fica por esclarecer se a disciplina parental é uma variável real que influencia diretamente as ações de autocuidado dos filhos, ou é apenas uma dimensão da parentalidade para explicar o efeito cumulativo de vários fatores associados aos processos de doença, que os filhos vivem, e que, provavelmente, acarretam alterações às formas disciplinares parentais induzidas pela própria situação de vulnerabilidade dos filhos, vulnerabilidade associada à doença.

O interesse desta investigação também resulta do facto de, em Portugal, serem escassos os estudos do autocuidado como um recurso para promoção de saúde, estudos que nos permitam compreender a construção e estrutura do processo do autocuidado, particularmente em jovens, justificando-se também a necessidade de se realizar investigação sobre o modo como a educação parental contribui para as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos em Portugal.

A universidade católica portuguesa tem contribuído, particularmente nos últimos anos, para o conhecimento sobre autocuidado, a testemunhar pelas várias teses de doutoramento publicadas no seu repositório. Contudo, tratam-se de teses em que, na sua maioria, o autocuidado é objeto de investigação em situações de défice de autocuidado, umas ligadas aos processos de envelhecimento, outras ligadas aos processos de doença em populações adultas. Pode assim, este estudo justificar-se por permitir acrescentar conhecimento ao autocuidado no domínio

particular da sua construção e estrutura ao longo da vida como sensível à dimensão familiar, numa visão positiva de promoção da saúde.

Este trabalho pode ainda constituir um recurso de evidência científica, de apoio à decisão, para a sinalização, orientação clínica e elaboração de programas que visem a capacitação do cidadão para o autocuidado em saúde e para programas de promoção de educação parental, pela necessidade emergente de melhorar a eficácia dos serviços de saúde, no âmbito da promoção da saúde individual e familiar.

Como resultado, temos um problema científico positivo, associado a fatores de ordem individual e familiar, com orientação holística, centrado nas necessidades de ordem psicossocial da pessoa, num contexto de promoção da saúde, redução de risco e saúde da população.

### 1.3 - FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO

A presente tese inscreve-se no âmbito do autocuidado em saúde dos jovens adultos. Trata-se de um estudo que se situa no cruzamento de dois domínios do desenvolvimento humano, com particular interesse na área da enfermagem: autocuidado em saúde e disciplina parental. Este estudo procura assim contribuir para um conhecimento mais integrador acerca das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, como resultado do seu percurso pessoal e familiar, e de forma particular da disciplina parental exercida na infância. Abordar a intersecção destes dois quadros de referência em jovens adultos é o desafio desta investigação.

O presente trabalho visa conhecer as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos e conhecer de que modo, fatores da dimensão pessoal e da dimensão familiar, particularmente a disciplina parental, podem influenciar a adoção de práticas de autocuidado de saúde dos jovens adultos, dando visibilidade à possível relação existente entre ambas as dimensões referidas. Acreditando na transferência dos resultados da investigação para a prática clínica, coloca-se o desafio de contribuir para o conhecimento sobre dois fenómenos do domínio da enfermagem: autocuidado e disciplina parental. Partimos para este estudo conscientes de que o conhecimento alcançado nesta investigação pode contribuir para a construção de modelos de prestação de cuidados de enfermagem, que visem a promoção do autocuidado em saúde e da disciplina parental, sustentados em mais evidências.

Com a realização deste estudo, pretende-se, em resposta às questões de partida que nortearam esta investigação, atingir os objetivos que a seguir se descrevem:

- Caracterizar as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos;
- Caracterizar a disciplina parental;
- Analisar de que modo, as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos se relacionam com a disciplina parental;
- Identificar os preditores das práticas de autocuidado de saúde dos jovens adultos.

#### 1.4 - VISÃO GERAL DA TESE

O presente relatório do estudo realizado, no âmbito do Programa de doutoramento em enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, está estruturado em cinco capítulos principais.

No primeiro capítulo, que aqui se encerra, procedeu-se à apresentação e enquadramento da problemática dos temas centrais do estudo, justifica-se o interesse do estudo e apresenta-se a respetiva finalidade e os objetivos da investigação. No enquadramento da problemática, privilegiou-se a revisão da literatura científica fundamental sobre os temas centrais da investigação: a disciplina parental e o autocuidado em saúde. Assim, no primeiro capítulo, pretendemos iniciar com a disciplina parental como uma função desenvolvimental bem como, com os métodos disciplinares e a responsabilidade parental. O autocuidado é abordado como um recurso em saúde, e é igualmente abordado o posicionamento da enfermagem face ao autocuidado em saúde, tendo por base a teoria de enfermagem do autocuidado de Orem. Por último, apresentamos os fatores de ordem psicossocial com influência na sua promoção/potenciação.

No segundo capítulo, dedicado à metodologia adotada nesta investigação, descrevem-se as características do estudo, o desenho e os objetivos da investigação. Apresentam-se também os procedimentos e os resultados do estudo empírico tendente à adaptação e validação para a população portuguesa, dos instrumentos de colheita de dados utilizados nesta investigação.

No terceiro capítulo, apresentam-se os resultados encontrados: do estudo empírico da disciplina parental na infância dos jovens adultos; das práticas de autocuidado em saúde dos jovens

adultos; da relação entre as práticas de autocuidado em saúde e a disciplina parental. Por último, são apresentados os fatores preditores das práticas de autocuidado de saúde dos jovens adultos.

No quarto capítulo, apresenta-se a discussão dos resultados, procurando integrar a revisão teórica, apresentada no enquadramento teórico e empírico, nos resultados encontrados, enfatizando não só os contributos do presente estudo como também as suas limitações.

Por último, no quinto capítulo, encerra-se este relatório com as conclusões, limitações e implicações do estudo.

**METODOLOGIA**

**TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO**

**POPULAÇÃO E AMOSTRA**

**PROCEDIMENTOS**

**INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS**



## 2 - METODOLOGIA

No domínio da promoção do autocuidado, o conhecimento disponível não nos permite a compreensão de mecanismos básicos que influenciem as capacidades das pessoas, de forma a manter e fomentar uma ótima funcionalidade e reduzir ao mínimo os efeitos negativos das situações de doença ou mal-estar (International Council of Nurses [ICN], 2007).

Como foi explicitado, no enquadramento da problemática deste trabalho, os estudos realizados, quer na área do autocuidado, quer na área da disciplina parental, têm envolvido preferencialmente populações de crianças e de adolescentes com transtornos de saúde e com alterações do desenvolvimento. Mesmo os estudos que analisam a influência dos diferentes fatores psicológicos e sociodemográficos no autocuidado em saúde, quer em crianças e adolescentes quer em adultos, têm sido realizados em populações com défices de autocuidado associados a doenças ou a tratamentos.

A decisão de alargar a amostras de jovens prende-se com o facto de priorizar grupos sociais muitas vezes invisíveis, nomeadamente populações mais jovens, no que toca a estudos sobre comportamentos de saúde e bem-estar. Na verdade, existem poucos estudos que descrevam a influência dos fatores condicionantes básicos, na aprendizagem do autocuidado, ao longo do ciclo de vida (Dashiff, 2003; Dashiff, et al, 2006; Bente et al, 2007).

Face à necessidade de traçar uma imagem mais ampla e também distanciada dos problemas de saúde, a nossa decisão foi no sentido de não procurar os jovens nas instituições de saúde e, em alternativa, ter acesso aos jovens no seu contexto escolar. Assim, optámos por integrar uma amostra de jovens adultos matriculados em diferentes estabelecimentos de várias áreas de ensino, uma vez que a sua matrícula nos facilitava aceder a dados sobre esta população, permitindo-nos o cálculo fiável da amostra necessária para a realização do estudo.

Também, como forma de tornar a nossa amostra mais ampla, para além de considerarmos os jovens do ensino secundário e superior, decidimos incluir os jovens inscritos em cursos profissionais. A inclusão destes jovens deve-se ao facto de estes cursos terem um número cada vez maior de jovens, podendo a diversidade dos diferentes tipos de cursos, permitir heterogeneidade dentro da homogeneidade da amostra dos jovens adultos.

Ainda que considerássemos importante conhecer a perspetiva dos jovens que não se encontravam em situação de escolarização, a decisão de não os incluir neste estudo prendeu-se

com a inexistência de dados credíveis sobre esta população que permitissem cálculos fiáveis da amostra.

Finalmente, quanto à condição da faixa etária ser dos 18 aos 24 anos, esta teve em conta o pressuposto de que o jovem adulto terá alcançado um nível de autonomia e responsabilidade tornando-o responsável pelas suas decisões, nomeadamente para as práticas de autocuidado em saúde (WHO, 2005). O facto de serem adultos, com idades até aos 24 anos, prendeu-se com a maior probabilidade de recordarem, com relativa facilidade, acontecimentos do período de referência da sua infância.

Tal decisão foi sustentada no facto do *Dimensions of Discipline Inventory* (DDI, Straus & Fauchier, 2007) já ter sido aplicado numa amostra de estudantes universitários, com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos, onde lhes foi solicitado para se referirem a um de dois períodos de referência da sua idade de 13 e 10 anos, e os resultados indicarem que os participantes apresentaram uma capacidade semelhante de se recordarem dos dois períodos de referência (Straus & Fauchier, 2007).

Contudo, importa referir que, pese embora os cuidados na determinação da amostra acima referida e o elevado número de sujeitos que a integram, o presente estudo não se considera representativo da comunidade estudantil portuguesa, já que a distribuição dos jovens pelas diferentes regiões do país, mas a estudar em Coimbra, não é proporcional às estatísticas demográficas nacionais. Deste modo, a presente investigação detém um carácter pioneiro na exploração do autocuidado em saúde, na população jovem adulta portuguesa.

## 2.1 - TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Nesta investigação, considerámos as práticas de autocuidado de saúde dos jovens adultos como um processo aprendido ao longo da vida, sensível a fatores do meio familiar e direcionado para variáveis ligadas à disciplina parental, perante os maus comportamentos dos filhos durante a infância. Neste sentido, esta investigação relaciona as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos com as variáveis: sexo e idade; as habilitações literárias dos pais e respetivas condições socioeconómicas e, por último, a disciplina parental. Pretendemos que os resultados deste estudo contribuam para a clarificação de questões relevantes nas áreas do autocuidado em saúde dos jovens adultos e da disciplina parental.

Assim, optamos por realizar um estudo descritivo, transversal e correlacional, com recurso a métodos de análise quantitativos. No sentido de dar resposta às questões de partida, o presente estudo teve como objetivos:

- Caracterizar a disciplina parental;
- Caracterizar as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos;
- Analisar de que modo as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos se relacionam com a disciplina parental;
- Identificar os fatores preditores das práticas de autocuidado de saúde dos jovens adultos.

## 2.2 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Neste estudo, participaram 1168 estudantes que constituíram a amostra da validação para a população portuguesa dos instrumentos *Dimensions of Discipline Inventory* (DDI, Straus & Fauchier, 2007) e *Denyes Self Care Practice Instrument* (DSCPI-90, Denyes, 1990). A amostra foi selecionada entre os estudantes que frequentaram os vários estabelecimentos de ensino público de Coimbra, nomeadamente, do ensino secundário (cursos científico-humanísticos, tecnológicos, profissionais e artísticos especializados), do ensino superior (universitário e politécnico) e de centros de formação profissional de gestão direta e de gestão participada da cidade de Coimbra, no ano letivo de 2010/2011, de acordo com os seguintes critérios: ter o domínio da língua portuguesa e ter entre 18 e 24 anos de idade.

Quanto às características formativas dos inquiridos, 62,33% frequentavam a Universidade de Coimbra, 33,38% frequentavam o Ensino Superior Politécnico de Coimbra, e uma percentagem menor dos inquiridos frequentavam cursos de especialização tecnológica na Escola Superior Agrária (1,03%); cursos de formação profissional na Escola Secundária de Avelar Brotero (1,63%) e no Centro de Formação (CEARTE) (1,63%), conforme se observa no Anexo 1.

### 2.2.1 - Caracterização sociodemográfica do contexto pessoal dos jovens adultos

Na Tabela 1, apresentam-se os resultados relativos à caracterização sociodemográfica do contexto pessoal dos jovens adultos inquiridos. Observa-se que 69,4% dos inquiridos são do sexo feminino e 30,6% do sexo masculino, e uma média etária de  $19.8 \pm 1.7$  anos. Quanto às habilitações literárias, observa-se que 89,9% dos jovens adultos tinham o ensino secundário.

Relativamente à nacionalidade 92,0% eram de nacionalidade portuguesa. Dos que eram de outras nacionalidades (n=94; restantes 8%) destacam-se os inquiridos de nacionalidade brasileira (n=26), seguidos de nacionalidades várias da Europa (n=11) e de nacionalidades dos países africanos de expressão de língua oficial portuguesa (PALOP) (n=9), outras nacionalidades presentes na amostra não constituíram percentagem significativa. Quanto ao estado civil eram predominantemente solteiros (97,5%), 98,7%, não tinham filhos e 82,0% tinham irmãos.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica do contexto pessoal dos jovens adultos

		N	%
Sexo	Masculino	357	30,6%
	Feminino	811	69,4%
	Total	1168	100,0%
Idade	Média ± DP	19,8 ± 1,7	
	Mediana (Mínimo – Máximo)	20 (18 – 24)	
Estado Civil	Solteiro(a)	1137	97,5%
	Casado(a)	11	0,9%
	Vive com o(a) parceiro(a)	13	1,1%
	Outro	5	0,5%
	Total	1166	100,0%
Tem filhos	Sim	15	1,3%
	Não	1150	98,7%
	Total	1165	100,0%
Tem irmãos	Sim	952	82,0%
	Não	209	18,0%
	Total	1161	100,0%
Habilitações literárias do jovem	1º Ciclo	3	0,3%
	3º Ciclo	64	5,5%
	Ensino secundário	1031	89,9%
	Ensino superior	49	4,3%
	Total	1147	100,0%
Nacionalidade	Portuguesa	1067	92,0%
	Outra	94	8,0%
	Total	1161	100,0%

### 2.2.2 - Caracterização sociodemográfica do contexto familiar dos jovens adultos

Quanto à caracterização sociodemográfica do contexto familiar dos jovens adultos inquiridos, apresentada na Tabela 2, verifica-se que, em média, 52% das mães tinham o ensino secundário ou ensino superior, sendo essa proporção correspondente a 43,9% nos pais dos inquiridos. Relativamente à situação conjugal dos pais, 77,4% dos inquiridos referiram que os pais biológicos são casados um com o outro. Para 49,4% dos inquiridos, o rendimento líquido mensal do agregado familiar é inferior a 1284.21€, sendo que, destes, 9,5% têm um rendimento

inferior a 517.86€. Numa proporção de 32,2% estão os inquiridos com rendimentos entre os 1284.21€ e os 2953.50€ e usufruíam do rendimento mensal em média  $3,8 \pm 1,0$  pessoas do agregado familiar. Quanto à habitação, observa-se que 81,8% dos jovens adultos vivem em casa própria, sendo que 61,5% dos jovens adultos vivem em moradia e 20,3% vivem em apartamento.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica do contexto familiar dos jovens adultos

		N	%
Situação conjugal dos pais	Pais biológicos casados entre si	891	77,4%
	Pais biológicos em coabitação	18	1,6%
	Pais biológicos separados ou divorciados	165	14,3%
	Pais biológicos nunca viveram juntos	17	1,5%
	Um ou os dois pais biológicos faleceram	56	4,9%
	Nunca viveu com os pais biológicos, foi adotado(a)	4	0,3%
	Total	1151	100,0%
Habilitações literárias da Mãe	1º Ciclo	324	28,0%
	3º Ciclo	230	20,0%
	Ensino secundário	332	28,9%
	Ensino superior	267	23,1%
	Total	1153	100,0%
Habilitações literárias do Pai	1º Ciclo	362	31,8%
	3º Ciclo	277	24,3%
	Ensino secundário	290	25,4%
	Ensino superior	211	18,5%
	Total	1140	100,0%
Rendimento líquido mensal do agregado familiar (no último ano)	0€ - 342,36€	28	2,6%
	342,36€ - 517,86€	74	6,9%
	517,86€ - 1284,21€	426	39,9%
	1284,21€ - 2953,50€	344	32,2%
	2953,50€ - 4280,43€	114	10,7%
	4280,43€ - 10714,21€	60	5,6%
	10714,29€ e Superior	22	2,1%
	Total	1068	100,0%
Número de pessoas do agregado familiar	Média $\pm$ DP	3,8 $\pm$ 1,0	
	Mediana (Mínimo - Máximo)	4 (1 -10)	
	Apartamento próprio	237	20,3%
	Apartamento arrendado	58	5,0%
	Móvel próprio	70	6,0%
	Moradia própria	718	61,5%
	Moradia arrendada	29	2,5%
	Moradia partilhada com outro agregado familiar	41	3,5%
	Outro	15	1,3%
	Total	1168	100,0%

### 2.2.3 - Caracterização da figura parental dos jovens adultos

Quanto à caracterização da figura parental dos jovens adultos inquiridos, apresentada na Tabela 3, verifica-se que 96% e 92,5% têm a mãe e pai biológicos respetivamente como figura materna e como figura paterna. O familiar que maioritariamente substitui a figura materna, é a avó (n=26 de 33) e a que substitui a figura paterna é o avô (n=29 de 37). Das outras figuras que os inquiridos descrevem como substitutas da mãe e/ou do pai, destacam-se as freiras (n=6 de 13).

Tabela 3 - Distribuição dos inquiridos segundo a figura parental (N= 1168)

		N	%
Figura materna	Mãe biológica	1113	96,0%
	Mãe adotiva	6	0,5%
	Mãe de acolhimento	2	0,2%
	Madrasta	2	0,2%
	Namorada do pai	0	0,0%
	Outro familiar adulto do sexo feminino	33	2,8%
	Outro	3	0,3%
	Total	1159	100,0%
Figura paterna	Pai biológico	1068	92,5%
	Pai adotivo	6	0,5%
	Pai de acolhimento	1	0,1%
	Padrasto	26	2,3%
	Namorado da mãe	7	0,6%
	Outro familiar adulto do sexo masculino	37	3,2%
	Outro	10	0,9%
	Total	1155	100,0%

## 2.3 - PROCEDIMENTOS

Nesta sessão, apresentamos os procedimentos adotados nesta investigação nomeadamente o cálculo da dimensão da amostra; a seleção dos instrumentos e a sua caracterização; os procedimentos éticos e formais e o tratamento e análise de dados.

### 2.3.1 - Cálculo da dimensão da amostra

Para a determinação da amostra representativa dos jovens adultos, utilizámos o processo de amostragem probabilística multi-etápico (Polit & Hungler, 1995; Hill & Hill, 2005). Esta decisão deve-se ao facto de se tratar de uma população numerosa e dispersa por vários estabelecimentos de ensino.

No sentido de determinar a população dos estudantes com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos, inscritos nos diversos estabelecimentos de ensino público (secundário e superior) e nos centros de formação profissional da cidade de Coimbra, foi solicitada informação junto do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, da Direção Regional do Ensino do Centro e do Centro de Emprego e Formação Profissional de Coimbra. De seguida, foi solicitada, às direções de todos esses estabelecimentos de ensino, informação sobre o número de estudantes, discriminados por sexo, matriculados no ano letivo de 2010/2011.

Desta informação, foi possível a determinação do total da população deste estudo que resultou da soma de todos os estudantes, com idades elegíveis para o mesmo, nos vários estabelecimentos de ensino. Assim, a soma dos estudantes inscritos era de 22041 distribuídos do seguinte modo: ensino superior universitário: 14024; ensino superior politécnico: 7231; cursos de educação tecnológica: 149; ensino secundário - cursos profissionais: 325; cursos de formação profissional: 312. Para a determinação do tamanho da amostra, foi utilizado 5% da população total (22041) perfazendo 1102.

Após a determinação da amostra, calculou-se o tamanho das subamostras proporcionais à população por tipo de ensino, selecionadas aleatoriamente. Posteriormente, foi determinado o número necessário de turmas em cada curso para perfazer o tamanho de cada subamostra proporcional ao tipo de ensino. De seguida selecionou-se aleatoriamente as turmas necessárias em cada curso, tendo sido incluídos todos os indivíduos presentes nas aulas, nos dias previamente determinados para a colheita de dados.

Conforme apresentado na síntese dos dados relativos à determinação da amostra probabilística multi-etápica usada neste estudo (Anexo 2).

### **2.3.2 - Seleção dos instrumentos**

A partir do quadro conceptual de referência e dos contributos teóricos e empíricos obtidos, quer da disciplina parental, quer do autocuidado e com base nos objetivos formulados, selecionaram-se os instrumentos de colheita de dados que nos permitissem avaliar dimensões diretamente relacionadas com a problemática em estudo.

Os critérios de seleção dos instrumentos foram particularmente ponderados tendo em conta as especificidades emergentes de estudos empíricos sobre a disciplina parental e as práticas de autocuidado em saúde. Assim, optou-se por instrumentos que permitissem informação por parte do jovem, numa perspetiva de saúde mais geral, de forma a colocar a tónica da investigação na promoção da saúde. Procurou-se também que os dois instrumentos aplicados não fossem demasiado extensos ou com repetições desnecessárias.

A seleção dos instrumentos de colheita de dados, baseou-se ainda em: critérios de fiabilidade/consistência e propriedades psicométricas dos referidos instrumentos; facilidade de autopreenchimento; acessibilidade à população em estudo e a sua utilização prévia em estudos internacionais, permitindo a comparação dos resultados obtidos com esta população específica.

### **2.3.3 - Caraterização dos instrumentos**

Com base nos pressupostos anteriormente descritos, os instrumentos utilizados são de seguida descritos:

#### *2.3.3.1 - Dimensions of Discipline Inventory (DDI, Straus & Fauchier, 2007)*

O DDI é um instrumento multidimensional desenvolvido por Straus e Fauchier (2007), que permite a avaliação de um amplo leque de estratégias disciplinares. Este instrumento, para além dos comportamentos disciplinares usados pelos pais, também inclui escalas para avaliação dos aspetos do contexto e dos modos de implementação. Os valores de *Alpha de Cronbach* encontrados pelos autores variaram entre 0,81 e 0,88 para os métodos disciplinares; entre 0,54 e 0,82 para o contexto da disciplina parental e 0,50 e 0,83 para o modo da implementação da disciplina parental.

A conceção do (DDI, Straus & Fauchier, 2007) resultou de uma revisão exaustiva de várias dimensões da disciplina parental, avaliadas através dos seguintes instrumentos: Escala das Práticas Parentais (Arnold, O'Leary, Wolff & Acker, 1993); Inquérito de Disciplina Parental de Socolar (Socolar et al, 2004) e o Questionário de Práticas Parentais de Alabama (Shelton, Frick & Wootton, 1996). O (DDI, Straus & Fauchier, 2007) foi utilizado no *Internacional Parenting Study*, um projeto de investigação transcultural, levado a cabo por investigadores de 22 países.

O *Dimensions of Discipline Inventory* (DDI, Straus & Fauchier, 2007) (Anexo 3) é um instrumento que permite informação sobre uma variedade de comportamentos disciplinares e outras dimensões que interagem com os comportamentos disciplinares dos pais, e que, apesar de ser abrangente, tem um tempo médio de aplicação de 10-20 minutos. Este instrumento, pela sua constituição e abrangência, pode ser utilizado em estudos epidemiológicos, quer como instrumento de diagnóstico clínico, quer como avaliação para fins de investigação (Straus & Fauchier, 2007).

Este instrumento é composto pelos seguintes questionários: (DDI-A) referente à informação sociodemográfica sobre o jovem adulto e sobre os seus pais; (DDI-B) relativa à informação sobre mau comportamento infantil com e sem gravidade; (DDI-C) referente aos Métodos Disciplinares Parentais; (DDI-D) relativo ao Contexto e Modo de Implementação da Disciplina Parental.

O (DDI-A) inclui 16 questões para caracterização das condições sociodemográficas dos jovens e dos pais. O (DDI-B) inclui questões relativas à caracterização dos maus comportamentos na infância e à responsabilidade dos pais pela disciplina dos filhos.

### **Métodos Disciplinares Parentais (DDI-C)**

O (DDI-C) inclui 26 itens, divididos em duas sessões paralelas, uma referente ao pai e outra referente à mãe. A informação nesta parte refere-se à utilização de 26 comportamentos disciplinares, distribuídos de forma mais ou menos equivalente entre Métodos Punitivos e Não Punitivos, conforme Tabela 4:

Tabela 4 – Distribuição dos componentes disciplinares, pelos métodos punitivos e não punitivos

<b>Disciplina punitiva</b>	<b>Disciplina não punitiva</b>
1. Punição física	5. Distração
2. Privação de Privilégios	6. Explicar/Ensinar
3. Agressão Psicológica	7. Ignorar deliberadamente o mau comportamento
4. Tarefas de Penalização e Comportamento Restaurador	8. Recompensar
	9. Monitorizar

Os 26 comportamentos são usados para criar nove escalas do Método Disciplinar, conforme (Anexo 4).

Os 26 itens referem-se às ações dos pais para corrigir o mau comportamento infantil com ou sem gravidade. Os participantes respondem sobre a frequência aproximada com que os seus pais (mãe e pai) adotaram diferentes comportamentos disciplinares, num formato de autorresposta, tipo *Likert* com 10 categorias de resposta desde 0 (*Nunca*) a 9 (*Dois ou mais vezes por dia*).

Os 26 comportamentos disciplinares podem criar escalas de primeira ordem que constituem formas adicionais de pontuar os itens usados para criar as nove escalas do comportamento disciplinar. A Escala do Repertório Disciplinar que inclui os itens de todos os métodos disciplinares com a exceção dos itens “punição física” e “agressão psicológica”, por não serem estratégias recomendáveis (Straus & Fauchier, 2007). Esta escala pode ser útil para avaliar a flexibilidade disciplinar. Dos 26 itens disciplinares, ainda pode ser criada a Escala da Disciplina Indutiva que avalia as ações que os pais usam para a correção do comportamento da criança, através de uma abordagem das cognições da criança e do reforço positivo. Esta Escala é composta pelos itens 1 e 16 do método disciplinar *Explicar/Ensinar*: 1-“ Com que frequência os seus pais lhe explicavam as regras, de forma a evitar que repetisse o seu mau comportamento?” 16- “Com que frequência os seus pais lhe mostravam ou demonstravam a coisa certa a fazer?”; os itens 11 e 23 do método *Recompensar*: 11-“ Com que frequência os seus pais o(a) elogiavam por finalmente deixar de se portar mal ou por se portar bem?”; 23- “Com que frequência os seus pais o(a) controlavam para lhe poderem dizer que estava a fazer um bom trabalho?”; o item 14 do método *Monitorizar*: “Com que frequência os seus pais lhe diziam que estavam atentos ou a controlá-lo (a) para ver se fazia alguma coisa?” e o item 24 do método *Tarefas de Penalização e Comportamento Restaurador*: “Com que frequência os seus pais exigiam que se desculpasse ou que se mostrasse arrependido(a) pelo seu mau comportamento?”.

Os 26 comportamentos disciplinares combinados com os maus comportamentos da criança podem ainda criar outras escalas de primeira ordem. A Escala do Esforço Disciplinar, que corresponde à frequência combinada de utilização dos 26 comportamentos. Esta escala pode ser útil para avaliar até que ponto os pais tentam corrigir o mau comportamento dos filhos e a Escala da Resposta Disciplinar que corresponde ao rácio: esforço disciplinar/mau comportamento da criança, que permite apreciar se a disciplina parental usada está acima ou abaixo da média dos pais, com filhos com o mesmo nível de comportamento.

### **Contexto e Modo de Implementação da Disciplina Parental (DDI-D)**

Esta parte do DDI inclui uma Escala do Contexto de Implementação da Disciplina que permite avaliar: a *confiança*; o *conflito com parceiro*; a *ineficácia percebida* e o *stress* e uma Escala do Modo de Implementação da Disciplina que permite avaliar: a *consistência*; o *enquadramento cognitivo*; a *impulsividade*; a *afetividade/apoio*; a *resposta* e o *aviso*, conforme se pode observar no Anexo 5.

As categorias de resposta para avaliar o contexto e o modo de implementação da disciplina variam entre 0 (*Nunca*) e 4 (*Sempre ou quase sempre*).

Estas escalas são pontuadas através da média dos itens que foram respondidos e, portanto, o resultado para cada escala varia entre 0 e 4.

#### 2.3.3.2 - *Denyes Self Care Practice Instrument* (DSCPI-90, Denyes, 1990)

O *Denyes Self Care Practice Instrument* (DSCPI-90, Denyes, 1990) (Anexo 6) é um instrumento constituído por 18 itens de autorresposta, com uma escala de resposta de 0 (*Nenhum tempo*) a 100 (*Tempo todo*).

Este instrumento foi concebido por Denyes em 1980 para medir as ações executadas pelas pessoas para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, de acordo com a teoria de enfermagem do autocuidado de Orem. Os itens de resposta incluem ações gerais de autocuidado e ações específicas que atendam os requisitos universais de autocuidado (Denyes, 1980; 1988), conforme apresentados no Anexo 7.

A consistência interna do *Denyes Self Care Practice Instrument* (DSCPI-90, Denyes, 1990) foi demonstrada na utilização subsequente do instrumento em estudos com várias amostras, incluindo adolescentes saudáveis e adolescentes com doenças crónicas. Os valores de *Alpha de Cronbach* foram entre 0,82 e 0,89 (Denyes, 1982, 1988; McGrath, 1981; Musto, 1986; Surowiec, 1986; Baker, 1997). Estudos posteriores que utilizaram os questionários de 18 itens com adultos e adolescentes, registaram coeficientes de fiabilidade que variam entre 0,84 e 0,92 (McCaleb, 1995; Dashiff, 2003; Dashiff et al, 2006; Andrews & Wan, 2008; Andrews et al, 2009).

#### 2.3.4 - Procedimentos na tradução dos instrumentos

O processo de tradução dos instrumentos: (DDI, Straus & Fauchier, 2007) e (DSCPI-90, Denyes, 1990), obedeceu a uma metodologia designada *Back Translation*, muito utilizada e sugerida por vários autores nomeadamente (Bullinger et al, 1998; Hill & Hill, 2005).

Assim, as versões em inglês dos referidos instrumentos foram traduzidas para português por um tradutor de língua materna portuguesa familiarizado com os tópicos dos instrumentos. No processo de tradução, foi preocupação da investigadora, clarificar a natureza de cada item e reforçar que o significado dos itens não deveria ser alterado, com base no pressuposto de que o fenómeno não existia no país ou que era culturalmente desadequado, já que a presença de um fenómeno é uma questão empírica que tem de ser testada (Moreira, 2009).

No sentido de garantir rigor no processo de tradução, quer em manter o significado dos itens originais, quer em obter itens que não apresentem grandes problemas de ambiguidade e dificuldades de leitura, para ambos os instrumentos foram seguidas as diretrizes de tradução e modificação do (DDI, Straus & Fauchier, 2007). Embora estas orientações se destinassem apenas ao (DDI, Straus & Fauchier, 2007), optámos por segui-las para os dois instrumentos, por se tratar de recomendações adequadas para ambos os processos de tradução. Assim, o tradutor foi informado que deveria: alcançar sempre o equivalente conceptual de uma palavra ou expressão e não uma tradução literal e refletir sobre a definição da palavra original e tentar traduzi-la da forma mais relevante; ser simples, claro e conciso na formulação de cada questão, procurando usar frases com poucas palavras e evitar as frases longas e complexas; usar uma linguagem que se destine ao público em geral e não usar linguagem para públicos profissionais, salientando-se que os inquiridos, geralmente, respondem ao instrumento que está a ser traduzido, em função do que irão perceber quando lerem as perguntas; evitar o uso de calão e/ou termos técnicos, que em geral podem não ser entendidos pelas pessoas, no seu dia-a-dia; ter em conta as questões de género e de idade e evitar os termos que possam ser considerados ofensivos para a população visada; contactar os investigadores, sempre que existam dúvidas sobre a adequação de qualquer item.

A tradução dos instrumentos foi evoluindo através de um trabalho conjunto de discussão entre o tradutor e a investigadora, sobre as diversas questões que foram surgindo ao longo de todo o processo de tradução.

Retroversão dos instrumentos de colheita de dados

As versões obtidas da tradução dos dois instrumentos, foram posteriormente retrovertidas para inglês por outro tradutor independente, sendo que este tradutor não tinha conhecimento da versão original dos instrumentos (Moreira, 2009).

Para a retroversão usou-se a mesma estratégia delineada para a tradução. Os instrumentos foram traduzidos de novo para Inglês por um tradutor fluente tanto em inglês como em português. Tal como na tradução inicial, a ênfase na retroversão também foi a preservação do sentido dos itens originais e a obtenção de itens com características adequadas na versão traduzida (Moreira, 2009).

As discrepâncias foram discutidas com o tradutor e as palavras e expressões especialmente problemáticas, que não captassem totalmente o conceito abordado pelo item original, foram colocadas à consideração da investigadora, para se alcançar uma versão satisfatória.

#### Painel de peritos

Após a tradução e a retroversão dos instrumentos, ambas as versões foram comparadas e submetidas à discussão por um painel de peritos, a fim de validar o seu conteúdo (Polit & Hungler, 1995).

O painel foi constituído pelos seguintes peritos bilingues especialistas nas áreas de Enfermagem, Saúde Infantil e Pediatria, Psicologia e Línguas Clássicas: Professora Doutora, Bárbara Fernandes de Carvalho Figueiredo, Escola de Psicologia do Departamento de Psicologia Aplicada da Universidade do Minho; Professora Doutora, Margarida Maria da Silva Vieira, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; Professora Doutora, Maria Margarida Lopes Miranda, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra; Professora Doutora, Helena da Conceição Borges Pereira Catarino, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria; Professora Doutora, Cidalina da Conceição Ferreira de Abreu, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Para o processo de análise foram previamente cedidos os instrumentos em versão portuguesa e os instrumentos originais. Pretendeu-se com esta análise aferir se os conceitos linguísticos traduzidos correspondiam com clareza às versões originais e se as expressões linguísticas utilizadas permitiam uma avaliação efetiva das dimensões em estudo.

A discussão dos peritos foi realizada em reuniões parcelares, em virtude de não terem disponibilidade para estarem todos presentes.

## Redação Final

Dos aspetos que foram emergindo da apreciação dos especialistas surgiu a necessidade de reformulação de alguns itens e a correção de algumas distorções de sentido ocorridas no processo de tradução, até que o resultado deste processo produzisse uma versão final, traduzida dos instrumentos, que fosse consensual entre os peritos.

Na fase da redação final dos dois instrumentos, foi realizado um refinamento da tradução, com o objetivo de confirmar a adaptação lexical e semântica de todos os itens, bem como da revisão das instruções, das definições associadas às escalas e de todo o aspeto gráfico, mantendo-se semelhante aos originais.

## Pré-Teste

Uma vez alcançada a versão final dos instrumentos, seguiu-se a avaliação da aplicabilidade linguística e cultural para a população alvo, para quem as versões traduzidas e adaptadas dos instrumentos se destinavam.

Esta avaliação foi realizada através de um pré-teste dos instrumentos, com recurso a um *focus group* (Basch, 1987), constituído por seis estudantes e pela investigadora.

Os estudantes inquiridos no pré-teste tinham todos 19 anos, dois eram do sexo feminino e quatro eram do sexo masculino e frequentavam os seguintes níveis e tipos de ensino: 2 estudantes frequentavam o 1º ano da licenciatura de Direito; 1 estudante frequentava o 1º ano da licenciatura de Geografia; 1 estudante frequentava o 2º ano da licenciatura de Engenharia Eletrotécnica; 1 estudante frequentava o 1º ano do curso de Ciências do Desporto; 1 estudante frequentava o 11º ano do ensino secundário- Curso Profissional de Energias Renováveis.

Os estudantes foram convidados a participar no estudo, tendo sido salvaguardado que não iriam participar no estudo principal. Foram informados que o objetivo do preenchimento dos questionários era verificar a compreensibilidade dos itens e a adequação das dimensões dos itens à realidade dos jovens portugueses. Foi solicitado aos estudantes que refletissem sobre a forma como iriam responder a cada item e foram incentivados a pronunciarem-se sobre eventuais problemas de compreensão e preenchimento dos questionários, nomeadamente sobre palavras que eles não tenham entendido ou palavras ou expressões que tivessem considerado inadequadas ou ofensivas.

Da análise qualitativa dos dados recolhidos no *focus group*, houve sugestões de pequenas alterações nas instruções e no arranjo gráfico dos dois instrumentos e confirmou-se que as versões portuguesas dos instrumentos eram de fácil preenchimento.

Uma vez que a ênfase do pré-teste era o desenvolvimento da tradução, os dados dos inquiridos do pré-teste foram imediatamente destruídos. As anotações sobre a tradução, escritas nos questionários, foram transcritas para um memorando, que faz parte do relatório da investigação.

O processo de tradução foi finalmente concluído e as versões finais dos instrumentos em língua portuguesa foram utilizadas para a colheita de dados.

A recolha dos dados para esta investigação desenvolveu-se de novembro de 2010 a junho de 2011 e foi efetuada pela investigadora, à exceção da recolha feita numa instituição por outro investigador que recebeu informação prévia sobre os questionários em causa.

Os questionários foram aplicados em contexto da sala de aula, com um tempo médio de 20 minutos.

### **2.3.5 - Procedimentos éticos e formais**

No desenvolvimento da investigação, adotaram-se atitudes e procedimentos com vista a um rigoroso atendimento dos princípios formais e éticos em investigação.

Procurou-se ultrapassar de forma consistente as várias dificuldades processuais que foram surgindo, nomeadamente nas estratégias de colheita de dados, sempre tendo em conta os princípios de rigor metodológico e o respeito pelos sujeitos do estudo.

No contacto com os sujeitos de investigação, foi pedida a colaboração voluntária, livre de interesses e pressões, explicando-se o âmbito do estudo, colocando-se o investigador ao inteiro dispor para esclarecimentos complementares e para revelar os resultados finais do estudo.

Foi garantido aos sujeitos da investigação o anonimato e a confidencialidade dos dados perante o investigador e em relação a terceiros, bem como, a não utilização dos resultados da investigação para outros fins que não os constantes nos objetivos expressos.

No caso da utilização de outras pessoas para a colheita e tratamento dos dados foi solicitada a garantia de anonimato e feita uma preparação prévia no sentido de serem respeitados os interesses dos inquiridos e salvaguardada a confidencialidade dos dados.

Formalizámos também o pedido de autorização à direção das instituições de ensino e centros de formação, onde os jovens estavam matriculados, tendo sido explicitados os objetivos da investigação, asseguradas a confidencialidade dos dados e a disponibilidade de cedência dos resultados, após a conclusão do estudo.

Quanto ao instrumento “*Dimensions of Discipline Inventory*” (DDI, Straus & Fauchier, 2007), foi assinado um acordo de utilização do DDI (Anexo 8), tendo sido garantidas as condições de tradução do instrumento, de acordo com as diretrizes de tradução e modificação do instrumento.

Após a seleção dos instrumentos, foi feito o pedido de autorização aos autores para a sua utilização na investigação em curso. Quanto à autorização do uso do instrumento “*Denyes Self Care Practice Instrument*” (DSCPI-90, Denyes, 1990), a autora cedeu gratuitamente o seu uso para esta investigação (Anexo 9).

Depois de obtidas as autorizações formais dos autores dos instrumentos de colheita de dados e das direções das instituições de ensino e dos centros de formação previamente selecionados, foram marcadas entrevistas com os membros da direção dos estabelecimentos de ensino e centros de formação, no sentido de reforçar a importância da sua colaboração e definir as melhores estratégias para a aplicação dos instrumentos.

De seguida, foram feitas reuniões com os professores das turmas selecionadas por sorteio, para a calendarização dos momentos de aplicação dos mesmos em contexto de sala de aula.

Na fase de campo, os participantes foram abordados no início da sessão letiva, foram-lhes apresentados e explicados os objetivos do estudo e efetivou-se o convite de participação que consistia em responder aos questionários que lhes eram distribuídos. Foram ainda informados de que os questionários eram completamente anónimos e que para preservar a sua privacidade, não deveriam colocar o seu nome ou qualquer outra forma de identificação no questionário.

Relativamente ao carácter voluntário, também foram informados que a resposta aos questionários era totalmente voluntária e que podiam optar por omitir qualquer pergunta ou perguntas a que não quisessem responder. Foi-lhes solicitado que, após terminarem o preenchimento dos questionários, os deveriam depositar numa caixa que se encontrava à saída da sala, para esse efeito. Os estudantes que optassem por não participar, também deveriam depositar o questionário em branco na mesma caixa. Deste modo, foi preservada a sua privacidade, porque não se teve conhecimento de quem não concluiu e de quem não respondeu aos questionários.

O consentimento informado consistiu numa declaração colocada na primeira página do questionário (Anexo 10).

No que se refere ao tratamento dos dados, estes foram agregados e os participantes não foram identificados a nível individual. Os dados não foram relacionados com qualquer identificador. O processamento de dados foi realizado através de leitura ótica e foram armazenados com acesso apenas permitido aos responsáveis por essa tarefa e descarregados para o servidor com acesso restrito ao investigador e a um colaborador autorizado para o tratamento estatístico.

Consideramos que não existiram quaisquer riscos para os participantes, pois não ocorreu nenhuma violação de sigilo por parte do investigador, dado que os questionários eram anónimos e toda a informação deles provinda foi confidencial.

Quanto aos danos potenciais para os participantes, estes referem-se à natureza de algumas perguntas sobre temas sensíveis, nomeadamente as relações familiares que podiam desencadear algum tipo de problema. Por conseguinte, os participantes que manifestaram necessidades neste âmbito puderam entrar em contacto com a investigadora no sentido de encontrar apoio bem como informação sobre serviços onde podiam obter ajuda para os problemas identificados.

Também, e aproveitando a oportunidade para sensibilizar os jovens sobre a importância dos comportamentos para a sua saúde, foi oferecido, a cada participante, um *Flyer* num formato de marcador de livros, com informação sobre a disciplina parental e sobre o autocuidado de saúde (Anexo 11).

Quanto às instruções para o preenchimento dos questionários, os estudantes foram informados que, nas suas respostas, iriam referir-se ao que os seus pais lhes fizeram quando tinham 10 anos de idade no questionário *Dimensions of Discipline Inventory* (DDI, Straus & Fauchier, 2007), versão portuguesa (Anexo 12) e à sua situação atual no instrumento *Denyes Self Care Practice Instrument* (DSCPI-90, Denyes, 1990), versão portuguesa (Anexo 12).

Foi solicitado aos participantes que respondessem sobre o que conseguiam lembrar-se acerca do seu próprio comportamento, dos seus pensamentos e sentimentos quando eram crianças e das práticas disciplinares dos seus pais e da relação entre eles. Por ser necessário a recordação da informação para responder aos itens deste inventário, foi recomendado aos estudantes que pensassem cuidadosamente e demorassem o tempo necessário para responder a cada questão.

### **2.3.6 - Procedimentos no tratamento e análise dos dados**

Para a realização das análises estatísticas nesta investigação foi utilizado o programa estatístico SPSS versão 18.0. Os dados foram analisados utilizando estatística descritiva, análise fatorial exploratória e correlacional.

Na apresentação das estatísticas descritivas, no que respeita às variáveis qualitativas, são apresentadas as suas frequências e percentagens associadas a cada categoria e, quanto às variáveis quantitativas, estas são resumidas usando medianas, médias, mínimos, máximos e desvios padrão. Nas variáveis em que existem dados em falta, as frequências foram determinadas para os casos válidos.

Para o estudo da dimensionalidade das escalas foi realizada Análise Fatorial Exploratória (AFE) com extração dos fatores através do Método das Componentes Principais sucedida por uma rotação Varimax. Tendo em vista a validade da AFE foi sempre calculado o índice de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Quanto mais próximo de 1 for o valor do índice KMO, melhor é o resultado, podendo ser considerado o valor de 0.90 muito bom (Pestana & Gageiro, 2003). Para a seleção do número de fatores considerámos valores próprios ou específicos (*eigenvalues* >1), exclusão de saturações fatoriais inferiores a 0,45 e aplicação do princípio da descontinuidade. Foi calculado, para cada escala e respetivas subescalas, o valor da consistência interna através do *Alpha de Cronbach*. Para avaliar o índice de consistência interna, recorreu-se aos valores estipulados por Pestana & Gageiro (2003), os quais consideram que a consistência interna é muito boa quando o valor de *Alpha* é superior a 0.90, quando o *Alpha* se situa entre 0.90 e 0,80 é considerado boa, quando pertence ao intervalo entre 0,80 e 0,70 é razoável; entre 0,70 e 0,60 é considerado fraco e quando é inferior a 0,60 é inadmissível. Para cada item foi calculado a média; o desvio padrão e a correlação do item com a escala.

Após termos efetuado uma análise exploratória com vista a verificarmos se estavam cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos, começámos por analisar o processo disciplinar parental e as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos em função do seu contexto pessoal e familiar.

De seguida, foi investigada a relação das práticas de autocuidado dos jovens adultos com a disciplina parental, através da averiguação de correlações de *Pearson*, nomeadamente: os maus comportamentos na infância, a responsabilidade dos pais na disciplina, os métodos disciplinares parentais e os aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina parental.

Por último, procedeu-se a uma análise de regressão linear múltipla para identificar os fatores preditores das práticas de autocuidado em saúde, no sentido de prever a variância destas práticas.

## 2.4 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Neste subcapítulo apresentamos as características psicométricas dos instrumentos: *Dimensions of Discipline Inventory* (DDI, Straus & Fauchier, 2007) e *Denyes Self Care Practice Instrument* (DSCPI-90, Denyes, 1990). Nos estudos de validação de cada instrumento, foram adotados os procedimentos fatoriais utilizados pelos seus autores, no caso do DDI, já no caso do DSCPI-90, foram adotados os métodos usados no único estudo publicado da validação do instrumento por Andrews et al (2009).

### 2.4.1 - Estudo psicométrico do *Dimensions of Discipline Inventory* (DDI, Straus & Fauchier, 2007)

Nesta sessão irão ser apresentados os resultados dos estudos psicométricos referentes às partes que constituem o *Dimensions of Discipline Inventory* (DDI, Straus & Fauchier, 2007) nomeadamente: Métodos Disciplinares Parentais (DDI-C); Aspetos do Modo e do Contexto de Implementação do Método Disciplinar Parental (DDI-D).

#### 2.4.1.1 - *Métodos Disciplinares Parentais (DDI-C)*

No estudo de validação de DDI, como já foi referido anteriormente, foram adotados os procedimentos fatoriais utilizados pelos seus autores. Para a dimensionalidade da escala a AFE foi efetuada com extração dos fatores através do Método das Componentes Principais sucedida por uma rotação *Varimax*.

Tendo em vista a avaliação da validade da AFE utilizou-se o critério de KMO, apresentando valores muito bons (Pestana & Gageiro, 2003) tanto para as mães como para os pais (Mãe: KMO = 0.918; Pai: KMO = 0.916).

Como já foi referido anteriormente, a Escala da Disciplina Parental é bidimensional, esta inclui a dimensão da disciplina punitiva e a dimensão da disciplina não punitiva. Assim sendo, realizou-se uma AFE com a extração de dois fatores. A AFE suporta, de uma forma geral, o uso destas duas subescalas, conforme observado na Tabela 5.

Os coeficientes *Alpha* foram bons no fator de Disciplina Punitiva (Mãe:  $\alpha = 0.846$ ; Pai:  $\alpha = 0.804$ ), e bons e razoáveis no fator de Disciplina Não Punitiva respetivamente para a mãe e pai (Mãe:  $\alpha = 0.818$ ; Pai:  $\alpha = 0.783$ ) (Pestana & Gageiro, 2003).

A grande maioria dos itens satura no seu fator definido à priori, sendo a estrutura fatorial para pais e mães muito similar. Somente os itens 2 “Com que frequência os seus pais lhe retiravam a mesada, os brinquedos ou outros privilégios, devido ao seu mau comportamento?” e 18 “Com que frequência os seus pais lhe davam tarefas extra como consequência?” para a mãe, saturaram na Disciplina Não Punitiva, quando deveriam saturar na Disciplina Punitiva. No entanto com valores de *Alpha* muito próximos para ambos os itens.

Além desta situação, o item 8 “Com que frequência os seus pais não lhe prestavam deliberadamente atenção quando se comportava mal?” saturou no fator da Disciplina Punitiva para pai e mãe, quando deveria saturar no fator da Disciplina Não Punitiva e os itens 3 “Com que frequência os seus pais o(a) punham de castigo, ou mandavam para o seu quarto?” e 19 “Com que frequência os seus pais o(a) obrigavam a fazer alguma coisa para compensar o seu mau comportamento, por exemplo, pagar uma janela partida?”, que não pertenciam a qualquer destes dois fatores saturaram na escala de disciplina punitiva. O item 15 “Com que frequência os seus pais lhe davam dinheiro ou outras coisas por finalmente parar de se comportar mal ou por se comportar bem?” e item 17 “Com que frequência os seus pais o(a) deixavam comportar-se mal para que tivesse de lidar com as consequências?” apresentaram pesos fatoriais baixos.

Deste modo, os resultados vão, no geral, ao encontro da estrutura fatorial teórica do constructo em análise. Numa análise do conteúdo dos itens, verificamos que as variações fatoriais particularmente nos itens 8; 3 e 19, que saturam na Disciplina Punitiva, podem ser explicadas por diferenças semânticas ou linguísticas entre a língua portuguesa e a língua inglesa dos Estados Unidos da América. Apesar de todos os cuidados no processo de tradução, sabemos que vários sentidos interpretativos são possíveis em línguas diferentes ou mesmo por variações culturais. Assim, e na procura de explicações para as diferenças encontradas nos resultados, numa observação mais atenta, particularmente do item 8, o uso da expressão “*não lhe prestavam*” formulada pela negativa; do item 3, o uso do termo “*castigo*”; do item 19 o uso do

termo “*obrigavam*”; por se tratar de expressões que culturalmente legitimam uma perspetiva punitiva, estas podem explicar alguma dissonância relativamente aos resultados obtidos, sugerindo que a sua substituição originaria resultados diferentes. Assim, e dada a importância teórica dos mesmos, propomos mantê-los.

O facto de este instrumento permitir avaliar a perceção dos estudantes relativamente à disciplina parental exercida pelo pai e pela mãe proporciona uma observação dessa perceção em função de quem a exerce. Os itens 18 e 2, na escala original, saturam na Disciplina Punitiva, quando no nosso estudo estes itens saturam na Disciplina Não Punitiva apenas para a mãe. Trata-se de dois exemplos de ações punitivas que, quando exercidas pelas mães, tiveram uma interpretação diferente quando exercidas pelos pais. A mesma ação disciplinadora punitiva ao ser exercida pela mãe parece ser percecionada como positiva ainda que se trate de uma ação de penalização (item 18) e uma ação de privação (item 2). Tal diferença sugere que, tratando-se de um fenómeno ocorrido num contexto privado, a sua perceção seja dependente de um menor ou maior posicionamento pessoal no confronto com quem o exerce.

Tabela 5 - Pesos fatoriais dos itens da escala DDI-C

	Mãe		Pai	
	Disciplina Punitiva	Disciplina Não-Punitiva	Disciplina Punitiva	Disciplina Não-Punitiva
P9C	<b>0,73</b>	0,01	<b>0,72</b>	0,00
P7C	<b>0,68</b>	0,11	<b>0,65</b>	0,12
P10C	<b>0,66</b>	-0,01	<b>0,62</b>	-0,06
P20C	<b>0,61</b>	0,24	<b>0,60</b>	0,22

P4C	<b>0,60</b>	0,26	<b>0,58</b>	0,28
P5C	<b>0,60</b>	0,20	<b>0,61</b>	0,23
P12C	<b>0,57</b>	0,00	<b>0,51</b>	-0,05
P21C	<b>0,54</b>	0,46	<b>0,53</b>	0,42
P26C	<b>0,54</b>	0,43	<b>0,58</b>	0,37
P18C	0,47	<b>0,48</b>	<b>0,54</b>	0,42
P2C	0,45	<b>0,47</b>	<b>0,51</b>	0,43
P25C	<b>0,44</b>	0,01	<b>0,51</b>	0,01
P13C	<b>0,40</b>	-0,12	<b>0,37</b>	-0,04
P19C	<b>0,52</b>	0,30	<b>0,57</b>	0,29
P3C	<b>0,50</b>	0,47	<b>0,57</b>	0,44
P23C	0,02	<b>0,72</b>	0,10	<b>0,72</b>
P16C	-0,16	<b>0,71</b>	-0,11	<b>0,77</b>
P24C	0,27	<b>0,66</b>	0,26	<b>0,67</b>
P11C	-0,21	<b>0,66</b>	-0,16	<b>0,72</b>
P1C	0,10	<b>0,63</b>	0,10	<b>0,67</b>
P22C	0,44	<b>0,58</b>	0,41	<b>0,59</b>
P14C	0,39	<b>0,56</b>	0,37	<b>0,56</b>
P6C	0,04	<b>0,48</b>	0,02	<b>0,54</b>
P17C	0,34	0,35	0,35	0,28
P15C	0,09	0,28	0,06	0,29
P8C	<b>0,42</b>	0,10	<b>0,44</b>	0,02
Alpha de Cronbach	0,846	0,818	0,804	0,783

Em relação à consistência interna das subescalas da disciplina parental (Tabela 6), constata-se que somente os fatores Distração e Ignorar deliberadamente o mau comportamento obtiveram cargas fatoriais inadmissíveis (Pestana & Gageiro, 2003), respetivamente (Mãe:  $\alpha = 0,35$ ; Pai:  $\alpha = 0,39$ ) e (Mãe:  $\alpha = 0,35$ ; Pai:  $\alpha = 0,35$ ). Também o fator Recompensar apresentou *Alphas de Cronbach* inadmissíveis (mãe:  $\alpha = 0,53$ ; Pai:  $\alpha = 0,57$ ). Também Fauchier e Straus (2010) encontraram consistências internas inadmissíveis no estudo com estudantes universitários nas subescalas Distração (Mãe:  $\alpha = 0,42$ ; Pai:  $\alpha = 0,36$ ), Ignorar deliberadamente o mau comportamento (mãe:  $\alpha = 0,40$ ; Pai:  $\alpha = 0,47$ ) e Recompensar (Mãe:  $\alpha = 0,45$ ; Pai:  $\alpha = 0,33$ ).

Tabela 6 - Alpha de Cronbach das subescalas DDI-C

Escala	Mãe	Pai
Punitiva	0,846	0,804
Punição física	0,701	0,693

Privação de Privilégios	0,692	0,686
Agressão Psicológica	0,718	0,683
Tarefas de Penalização e Comportamento Restaurador	0,672	0,665
Não punitiva	0,818	0,783
Distração	0,350	0,393
Explicar/Ensinar	0,631	0,688
Ignorar deliberadamente o mau comportamento	0,353	0,346
Recompensa	0,525	0,570
Monitorização	0,751	0,729
Disciplina Indutiva	0,784	0,816
Repertório Disciplinar	0,870	0,873

### Validade interna

Determinou-se a correlação de *Pearson*, e a respetiva significância estatística, entre os fatores Disciplina Punitiva e da Disciplina Não Punitiva e o Total da Escala DDI-C. A Tabela 7 apresenta esses resultados observando-se correlações fortes e altamente significativas ( $p < .01$ ) entre cada fator e o total, bem como correlações altamente significativas ( $p < .01$ ) entre os dois fatores indicando validade interna.

Tabela 7 - Correlação entre os fatores e total do instrumento DDI-C (Mãe/Pai)

	Total	F1	F2
Total	1		
F1	,788**/,786**	1	
F2	,779**/,802**	,267**/,295**	1

\*  $p < .01$ ; F1 - Escala de Disciplina Punitiva; F2 - Escala da Disciplina Não-Punitiva

### Validade convergente e validade discriminante

A validade convergente foi analisada através da correlação dos dois fatores e do total da escala com a frequência de maus comportamento com e sem gravidade e o total de comportamentos, espera-se que quanto maior for a frequência de mau comportamento maior será a frequência da intervenção dos pais para a correção do mau comportamento.

Apesar das correlações serem baixas, observa-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a frequência de mau comportamento sem gravidade e o total da Escala DDI-C e a Escala de disciplina punitiva exercida pela mãe e pelo pai, bem como da frequência de mau comportamento sem gravidade com a Escala da disciplina não-punitiva do pai (Tabela 8). A frequência de mau comportamento sem gravidade estava significativamente associada com o total da Escala DDI-C e a Escala de disciplina punitiva da mãe. A frequência global de mau comportamento estava correlacionada significativamente com a frequência de mau comportamento sem gravidade e o total da Escala DDI-C e a Escala de disciplina punitiva da mãe e do pai e com frequência de mau comportamento sem gravidade com a Escala da disciplina não-punitiva do pai.

Tabela 8 - Correlação entre a frequência de maus comportamentos e os fatores e total do instrumento DDI-C (Mãe/Pai)

	Total	F1	F2
Frequência de mau comportamento sem gravidade	,099**/,095**	,105**/,074*	,032/,072*
Frequência de mau comportamento com gravidade	,074*/035	,097**/,032	,023/,025
Frequência de mau comportamento	,111**/,090**	,126**/,073*	,036/,067*

\*\*  $p < .05$  \*  $p < .01$ ; F1 - Escala de Disciplina Punitiva; F2 - Escala da Disciplina Não-Punitiva

Segundo Fauchier e Straus (2010) as mães adotam mais atitudes disciplinadoras do que os pais. A validade discriminante foi analisada através da análise de possíveis diferenças estatisticamente significativas existentes entre os *scores* das subescalas entre os pais e as mães, o que indicará a existência de discriminação da escala para casos distintos.

A Tabela 9 apresenta os resultados para o teste *t* para duas amostras emparelhadas, constatando-se que, de um modo geral as mães têm significativamente ( $p < .05$ ) uma maior frequência de comportamentos disciplinares do que os pais. Somente nas subescalas Resposta Disciplinar; Distração; Ignorar Deliberadamente o Mau Comportamento; Monitorização e Explicar/Ensinar não se observaram diferenças com significância estatística. Saliente-se, no entanto que as subescalas Distração e Ignorar Deliberadamente o Mau Comportamento revelaram valores de consistência interna inadmissíveis, como referimos atrás.

Tabela 9 - Diferença entre médias dos scores das subescalas entre o pai e a mãe

	Mãe		Mãe		t	p
	M	DP	M	DP		
Esforço Disciplinar	860,0	680,4	757,6	646,5	6,81	0,000**
Escala de Disciplina Punitiva	337,6	387,2	286,7	353,6	5,36	0,000**
Escala da Disciplina Não-Punitiva	467,2	402,4	430,2	391,3	3,90	0,000**
Rácio Punitivo	172,7	324,1	153,0	209,4	2,01	0,044*
Disciplina Indutiva	315,4	295,5	290,8	293,2	3,31	0,001**
Repertório Disciplinar	658,1	540,6	585,5	522,4	5,92	0,000**
Resposta Disciplinar	1,8	2,5	1,8	2,6	-1,90	0,058
Punição Física	55,9	142,2	35,4	112,6	5,12	0,000**
Privação de Privilégios	95,1	177,0	78,3	163,5	3,66	0,000**
Distração	71,1	142,1	71,8	196,6	-0,12	0,905
Ignorar Deliberadamente o Mau Comportamento	53,1	126,1	50,8	120,5	0,76	0,447
Monitorização	84,4	157,3	75,3	155,6	1,96	0,050
Tarefas de Penalização e Comportamento Restaurador	120,7	185,5	105,7	171,8	3,42	0,001**
Agressão Psicológica	146,7	206,7	137,4	208,2	1,62	0,105
Recompensa	117,4	176,9	107,1	163,9	2,40	0,017*
Explicar/Ensinar	118,2	157,0	110,0	159,0	1,82	0,069

\*\*  $p < .05$  \*  $p < .01$ ; M – Média; D – Desvio Padrão

Em síntese:

Em termos psicométricos, a versão portuguesa do DDI-C, parte do DDI referente aos Métodos Disciplinares Parentais, revelou valores de fiabilidade bons (Mãe:  $\alpha = 0.896$ ; Pai:  $\alpha = 0.894$ ), sendo este valor superior aos encontrados tanto nos estudos originais como nos estudos posteriores onde foi utilizado este instrumento.

Ao evidenciar elevados níveis de fidelidade e bons indicadores de validade pode considerar-se um instrumento de medida apto a ser utilizado para avaliar os múltiplos métodos disciplinares parentais a partir da informação dos jovens adultos.

#### 2.4.1.2 - *Aspetos do Contexto e do Modo de Implementação da Disciplina Parental (DDI-D)*

Como já foi referido anteriormente o DDI-D corresponde à escala dos aspetos do contexto e o modo de implementação da disciplina, composta por 23 itens distribuídos por quatro aspetos do contexto e a seis modos de implementação, para a mãe e para o pai.

Assim, foi realizada uma AFE com extração dos fatores através do Método das Componentes Principais sucedida por uma rotação Varimax. Tendo em vista a avaliação da validade da AFE utilizou-se o critério de KMO, apresentando valores elevados tanto para as mães como para os pais (Mãe: KMO = 0.860; Pai: KMO = 0.877).

A extração dos fatores através da AFE revelou a existência de dois fatores, tanto para as mães como para os pais (Tabela 10). Os itens associados a cada fator coincidiram, de um modo geral, para os pais e para as mães. Somente o item 2 não coincidia entre estes resultados, contudo este item apresentava cargas fatoriais para cada fator muito próximas, podendo esse item saturar em ambos os fatores.

Analisando os itens que saturam em cada um dos fatores, constata-se que, maioritariamente, os itens saturam nas duas componentes definidas anteriormente, os aspetos do contexto e os modos de implementação. Além da situação anteriormente referida, relativamente ao item 2, também o item 8, que pertence à escala associada aos aspetos de contexto, saturou na escala dos modos de implementação. Com os itens 7 e 16, em que sucedeu o inverso, estes saturaram na escala dos aspetos de contexto devendo saturar nos modos de implementação da disciplina.

Com base nos resultados de estudos anteriores, (Fauchier & Straus, 2010), constata-se que existe uma similaridade entre a estrutura fatorial teórica do constructo e a dos resultados em estudo.

Tabela 10 - Pesos fatoriais dos itens da escala DDI-D

	Mãe		Pai	
	Aspetos de contexto	Modos de implementação	Modos de implementação	Aspetos de contexto
P_16D	0,78			0,76

P_15D	0,69			0,62
P_7D	0,67			0,68
P_17D	0,67			0,66
P_14D	0,64			0,65
P_5D	0,58			0,56
P_6D	0,57			0,55
P_18D	0,51			0,54
P_9D	0,50			0,50
P_2D	0,44	0,34	0,41	0,38
P_22D	0,35			0,35
P_4D		0,75	0,79	
P_10D		0,73	0,76	
P_11D		0,73	0,76	
P_3D		0,65	0,73	
P_12D		0,59	0,70	
P_20D		0,58	0,67	
P_8D		0,57	0,68	
P_19D		0,50	0,56	
P_1D		0,44	0,59	
P_23D		0,41	0,43	
P_21D		0,35	0,47	
P_13D		0,32	0,34	
Alpha de Cronbach	0,716	0,533	0,817	0,612

Os coeficientes *Alpha* de cada uma das subescalas referentes aos aspetos de contexto e modos de implementação da disciplina são apresentados na Tabela 11.

Em relação aos aspetos de contexto da disciplina, Fauchier e Straus (2010) encontraram valores de consistências internas inadmissíveis na Confiança em relação ao pai. No nosso estudo a subescala Conflito com o Parceiro(a) apresentou bons valores de *Alphas de Cronbach* (Mãe:  $\alpha = 0,875$ ; Pai:  $\alpha = 0,876$ ).

Quanto aos modos de implementação da disciplina, nos estudos de Fauchier e Straus (2010) as subescalas Enquadramento Cognitivo, Resposta, Afetividade/Apoio e Aviso para pai e mãe e a subescala Consistência para a mãe possuíam valores de *Alpha* inadmissíveis. O presente estudo revelou bons níveis de consistência interna na subescala Impulsividade para pai e mãe e níveis aceitáveis Afetividade/Apoio, igualmente em ambos, pai e mãe.

Tabela 11 - Alpha de Cronbach das subescalas DDI-D

Dimensão	Mãe	Pai	N de Itens
Confiança	-1,367	-1,114	2

Conflito com o Parceiro(a)	0,875	0,876	2
Ineficácia Percecionada da Disciplina	0,506	0,498	3
Stress	0,397	0,398	2
Consistência	0,465	0,568	3
Enquadramento Cognitivo	0,388	0,565	2
Impulsividade	0,862	0,872	3
Resposta	0,443	0,526	2
Afetividade/Apoio	0,606	0,693	2
Aviso	0,250	0,362	2

A Tabela 12 apresenta os resultados das estatísticas descritivas dos *scores* das diversas subescalas DDI-D do pai e da mãe. Constata-se que em todas as escalas as mães têm *scores* médios significativamente superiores ( $p < .05$ ) aos pais.

Tabela 12 - Estatísticas descritivas dos scores das subescalas DDI-D do pai e da mãe

	Mãe		Pai		t	p
	M	DP	M	DP		
Aspetos do Contexto de Disciplina	2,5	0,5	0,0	2,3	11,79	0,000**
Modos de Implementação da Disciplina	1,9	0,4	0,0	1,7	12,39	0,000**
Confiança	2,1	0,6	0,0	2,0	5,83	0,000**
Conflito com o Parceiro(a)	1,0	1,1	0,0	0,9	2,44	0,015*
Ineficácia Percecionada da Disciplina	0,9	0,8	0,0	0,8	4,53	0,000**
Stress	1,6	0,8	0,0	1,4	9,68	0,000**
Consistência	2,5	0,8	0,0	2,4	8,82	0,000**
Enquadramento Cognitivo	3,0	0,8	0,0	2,8	9,12	0,000**
Impulsividade	1,4	1,0	0,0	1,2	6,91	0,000**
Resposta	2,4	0,9	0,0	2,3	5,88	0,000**
Afetividade/Apoio	3,0	0,9	0,0	2,8	8,47	0,000**
Aviso	2,5	0,9	0,0	2,3	11,81	0,000**

\*\*  $p < .05$  \*  $p < .01$

### Validade interna

Determinou-se a correlação de *Pearson*, e a respetiva significância estatística, entre os fatores dos Aspetos de Contexto da Disciplina (Tabela 13) e entre os fatores dos Modos de Implementação da Disciplina (Tabela 14). Para ambos, pai e mãe, observaram-se correlações altamente significativas ( $p < .01$ ) entre as quatro subescalas dos aspetos de contexto da disciplina, bem como de um modo geral entre as seis subescalas dos modos de implementação da disciplina, não se verificando uma correlação estatisticamente significativa entre as subescalas Impulsividade e Aviso.

Tabela 13 - Correlação entre os fatores do DDI-D e os aspetos de contexto de disciplina (Mãe/Pai)

	Confiança	Conflito com o Parceiro(a)	Ineficácia Percecionada da Disciplina	Stress
Confiança	1			
Conflito com o Parceiro(a)	,167**/,158**	1		
Ineficácia Percecionada da Disciplina	,153**/,168**	,280**/,305**	1	
Stress	,261**/,323**	,240**/,181**	,523**/,441**	1

\*  $p < .01$

Tabela 14 - Correlação entre os fatores do DDI-D e os modos de implementação da disciplina (Mãe/Pai)

	Consistência	Enquadramento Cognitivo	Impulsividade	Resposta	Afetividade/Apoio	Aviso
Consistência	1					
Enquadramento Cognitivo	,438**/,555**	1				
Impulsividade	,114**/,134**	-,193**/-,146**	1			
Resposta	,298**/,403**	,199**/,320**	,082**/,082**	1		
Afetividade/Apoio	,323**/,501**	,550**/,680**	-,296**/-,212**	,253**/,381**	1/1	
Aviso	,439**/,550**	,390**/,531**	0,027/0,029	,257**/,332**	,382**/,524**	1

\*  $p < .01$

### Validade convergente e validade discriminante

A validade convergente foi analisada através da correlação dos fatores relacionados com os Aspetos do Contexto e os Modos de Implementação da Disciplina com a frequência de maus comportamento com e sem gravidade e o total de maus comportamentos. Apesar das correlações serem baixas, observa-se que existe uma correlação estatisticamente significativa da frequência de mau comportamento sem gravidade e da frequência global de mau comportamento com as subescalas dos Aspetos de Contexto, considerados como negativos (Straus, 2010) nomeadamente com o Conflito com o Parceiro(a); a Ineficácia Percecionada da Disciplina e o Stress, para ambos, pai e mãe. Observou-se igualmente uma associação estatisticamente significativa entre a Ineficácia Percecionada da Disciplina e a frequência de mau comportamento com gravidade. Observa-se igualmente uma correlação estatisticamente significativa entre as subescalas dos Modos de Implementação de disciplina nomeadamente o

Enquadramento Cognitivo e a Afetividade/Apoio e a frequência de mau comportamento sem gravidade, bem como com a frequência global de mau comportamento, para ambos, pai e mãe. Observa-se ainda que a frequência de mau comportamento sem gravidade estava significativamente correlacionada com a Impulsividade, mas somente para as mães, conforme Tabela 15.

Tabela 15 - Correlação entre a frequência de maus comportamentos e os dos aspetos de contexto e de modos de implementação de disciplina (Mãe/Pai)

	Com gravidade	Sem gravidade	Total
Confiança	,027/,019	,016/-,003	,031/,011
Conflito com o Parceiro(a)	-,006/,01	,120**/,102**	,073**/,075*
Ineficácia Percecionada da Disciplina	,092**/,064*	,244**/,231**	,228**/,199**
Stress	,075**/,047	,168**/,105**	,166**/,105**
Consistência	,021/,02	-,007/,001	,012/,018
Enquadramento Cognitivo	,01/-,026	-,115**/-,105**	-,068**/-,088**
Impulsividade	,112**/,056	,147**/,123**	,179**/,121**
Resposta	,034/,047	,011/,005	,033/,037
Afetividade/Apoio	-,021/-,037	-,085**/-,081**	-,071**/-,079**
Aviso	,01/-,011	-,012/-,023	,000/-,022

\*\*  $p < .05$  \*  $p < .01$

Analisou-se igualmente a correlação entre os *scores* da mãe e do pai em cada um dos fatores (Tabela 16). Observa-se a existência de correlações muito fortes entre os *scores* do pai e da mãe nas subescalas de Aspetos de Contexto e de Modos de Implementação de Disciplina.

Tabela 16 - Correlação entre os scores da mãe e do pai das escalas de aspetos de contexto e de modos de implementação de disciplina

	Correlação scores da Mãe e Pai
Confiança	,743**
Conflito com o Parceiro(a)	,735**
Ineficácia Percecionada da Disciplina	,869**
Stress	,719**
Consistência	,730**
Enquadramento Cognitivo	,700**
Impulsividade	,584**
Resposta	,766**
Afetividade/Apoio	,702**
Aviso	,722**

A validade discriminante foi analisada através das correlações dos diferentes itens pertencentes aos aspetos do contexto e aos modos de implementação da disciplina com cada um dos fatores do contexto e dos modos de implementação da disciplina. Os resultados demonstraram a existência de correlações muito fortes entre as subescalas e os itens que as incluem e correlações bastante inferiores entre as subescalas e os itens que não pertencem a estas, conforme se pode observar nas Tabelas 17 e 18 Estes resultados tanto se verificaram para a mãe como para o pai e para os aspetos do contexto e modos de implementação de disciplina.

Tabela 17 - Correlação entre os fatores dos aspetos do contexto de disciplina e os itens

	Confiança	Conflito com o Parceiro(a)	Ineficácia Percecionada da Disciplina	Stress
P_8D	,452**/,546**	-,201**/-,177**	-,258**/-,183**	-,134**/0,028
P_17D	,627**/,590**	,349**/,358**	,385**/,371**	,395**/,340**
P_9D	,150**/,146**	,944**/,947**	,269**/,272**	,238**/,166**
P_18D	,162**/,158**	,942**/,941**	,260**/,303**	,216**/,183**
P_5D	,116**/,149**	,200**/,253**	,701**/,692**	,412**/,349**
P_14D	,164**/,180**	,266**/,288**	,717**/,698**	,522**/,422**
P_22D	,063*/0,055	,156**/,146**	,731**/,747**	,247**/,224**
P_6D	,224**/,309**	,140**/,138**	,297**/,280**	,786**/,848**
P_15D	,203**/,208**	,240**/,145**	,536**/,450**	,792**/,727**

\*\*  $p < .05$  \*  $p < .01$

Tabela 18 - Correlação entre os fatores dos modos de implementação de disciplina e os itens

	Consistência	Enquadramento Cognitivo	Impulsividade	Resposta	Afetividade/Apoio	Aviso
_2D	,687**/,696**	,126**/,249**	,289**/,240**	,182**/,264**	0,046/,191**	,275**/,359**
P_11D	,673**/,748**	,534**/,611**	-0,025/0,038	,247**/,328**	,438**/,534**	,396**/,500**
P_19D	,734**/,761**	,305**/,380**	-0,047/0,011	,206**/,300**	,239**/,387**	,279**/,365**
P_1D	,251**/,390**	,738**/,809**	-,065*/-0,046	,093**/,228**	,299**/,488**	,211**/,366**
P_10D	,425**/,528**	,837**/,865**	-,224**/,-,190**	,213**/,303**	,550**/,639**	,389**/,513**
P_7D	,096**/,141**	-,153**/,-,084**	,874**/,891**	,100**/,092**	-,256**/,-,147**	0,024/0,05
P_16D	,099**/,088**	-,186**/,-,180**	,868**/,872**	0,044/0,05	-,259**/,-,230**	0,018/-0,005
P_21D	,179**/,313**	,169**/,285**	0,054/,061*	,782**/,822**	,189**/,337**	,200**/,282**
P_23D	,295**/,348**	,152**/,241**	,078**/,073*	,821**/,827**	,213**/,288**	,217**/,265**
P_3D	,314**/,459**	,485**/,577**	-,206**/,-,164**	,199**/,299**	,825**/,848**	,367**/,501**
P_12D	,204**/,373**	,428**/,592**	-,263**/,-,205**	,187**/,301**	,749**/,805**	,279**/,405**
P_20D	,246**/,400**	,414**/,528**	-,253**/,-,179**	,218**/,348**	,822**/,843**	,273**/,391**
P_4D	,482**/,592**	,582**/,675**	-,134**/,-,073*	,240**/,344**	,527**/,649**	,658**/,749**
P_13D	,237**/,292**	,107**/,193**	,127**/,100**	,161**/,178**	,132**/,209**	,843**/,816**

Em síntese:

O DDI-D na versão portuguesa revelou uma estrutura bidimensional, resultado convergente com o de Straus (2008) tendo o total do instrumento revelado uma elevada fiabilidade e consistência interna. Muitas das subescalas revelaram *Alphas de Cronbach* inadmissíveis, um dos motivos deve-se ao reduzido número de itens de cada uma das subescalas, o que induz *Alphas Cronbach* baixos.

Do ponto de vista psicométrico o DDI-D, pode considerar-se um instrumento de medida apto a ser utilizado para avaliar os aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina parental. O presente estudo revelou bons níveis de consistência interna na subescala Impulsividade em ambos, pai e mãe, e níveis aceitáveis Afetividade/Apoio, igualmente em ambos, pai e mãe. Relativamente a algumas subescalas, o seu uso carece de algumas cautelas dado os valores baixos do *Alphas de Cronbach* de algumas subescalas.

## 2.4.2 - Estudo psicométrico da *Denyes Self Care Practice Instrument (DSCPI-90)*

Foi realizada uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) com extração dos fatores através do Método das Componentes Principais sucedida por uma rotação *Varimax*.

Tendo em vista a avaliação da validade da AFE, utilizou-se o critério Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), apresentando este um valor de medida muito bom (Pestana & Gageiro, 2003), indicando viabilidade da análise fatorial.

Esta extração das componentes, através da AFE, gerou três fatores com valores próprios superiores a 1, que explicavam 58,02% da variância, contudo, o item 4 apresentou saturações fatoriais inferiores a 0,40 nos três fatores e os itens 10, 13, 17 e 18 possuíam comunalidades inferiores a 0.50.

Foi então realizada uma segunda análise fatorial, somente com os 13 itens remanescentes (Tabela 19), isto é, excluindo os 5 itens anteriormente referidos. Obteve-se um KMO de 0,900 e um total de variância explicada de 68,24%.

Após as referidas alterações, o DSCPI-90 passou a ser constituído por 13 itens, distribuídos pelos seguintes fatores: o primeiro fator *ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada*, constituído por 4 itens (5, 6, 7 e 8), o segundo fator *ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social*, constituído por 5 itens (11, 12, 14, 15 e 16) e o terceiro fator *ações gerais de saúde*, constituído por 4 itens (1, 2, 3 e 9).

Para a globalidade da Escala das Práticas de Autocuidado em Saúde (DSCPI-90), a variância total explicada é de 68,24%. Verificámos que o valor de *Alpha de Cronbach* para cada fator foi  $\geq$  a 0,871, revelador de uma boa consistência interna dos itens em cada fator.

O *Alpha de Cronbach* para a totalidade da escala com os 13 itens foi de 0.902 similar ao da escala de 18 itens.

	Aprovação da Disciplina Não-Punitiva	Aprovação da Disciplina Punitiva
P22E	<b>0,64</b>	0,04
P14E	<b>0,62</b>	-0,03
P24E	<b>0,58</b>	0,03
P21E	0,58	<b>0,39</b>
P18E	0,57	<b>0,33</b>
P26E	0,57	<b>0,31</b>
P23E	<b>0,56</b>	-0,17
P2E	0,54	<b>0,21</b>
P3E	0,49	0,31
P16E	<b>0,48</b>	-0,42
P11E	<b>0,43</b>	-0,29
P1E	<b>0,39</b>	-0,33
P19E	0,36	0,35
P6E	<b>0,15</b>	0,01
P9E	0,04	<b>0,61</b>
P10E	-0,12	<b>0,57</b>
P25E	-0,06	<b>0,56</b>
P5E	0,15	<b>0,56</b>
P20E	0,30	<b>0,51</b>
P4E	0,24	<b>0,49</b>
P7E	0,29	<b>0,49</b>
P13E	-0,11	<b>0,47</b>
P12E	0,08	<b>0,46</b>
P8E	<b>-0,12</b>	0,30
P17E	<b>0,13</b>	0,28
P15E	<b>0,17</b>	0,23

Através de uma análise dos conteúdos dos itens de cada fator, com base na matriz conceitual do instrumento original construído por Denyes (1988), sugere-se que o primeiro fator composto pelos itens 5, 6, 7 e 8, com cargas fatoriais entre 0,684 e 0,842, avalia as Ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada; o segundo fator composto pelos itens 11, 12, 14, 15 e 16, com cargas fatoriais entre 0,629 e 0,728, indica as Ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social e o terceiro fator constituído pelos itens (1, 2, 3 e 9) com cargas fatoriais entre 0,588 e 0,884, determina as Ações gerais de saúde.

Comparativamente ao estudo de validação do DSCPI-90 publicado por Andrews et al (2009), os nossos resultados vão parcialmente ao encontro da estrutural fatorial da escala encontrada

inicialmente, antes da eliminação dos itens. O primeiro fator ( $\alpha = 0,871$ ) coincide integralmente com os itens que na escala original correspondem à dimensão das ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada (itens 7,6,8 e 5). O segundo fator ( $\alpha = 0,819$ ) indica as ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social e inclui os itens 11,12,14,15 e 16, enquanto no estudo de validação o DSCPI-90 feito por Andrews et al (2009) este fator é composto pelos itens (12,14 e 13).

Contrariamente aos resultados encontrados no estudo de validação da escala por Andrews *et al* (2009), no nosso estudo, o item 13 foi removido por possuir comunalidade inferior a 0.50; o item 11 *Qual é a percentagem de tempo que gasta a fazer coisas para manter ou alcançar um equilíbrio entre repouso e atividade* pareceu-nos fazer sentido não apenas em termos de análise estatística, mas também porque conceitualmente está associado às ações específicas de autocuidado de regulação pessoal, de resto, como o item 15 *Qual a percentagem de tempo gasto a fazer coisas para manter regular o funcionamento urinário e intestinal* e o item 16 *Qual a percentagem de tempo gasto a fazer coisas para se manter seguro*. Quanto ao terceiro fator ( $\alpha = 0,862$ ), que corresponde à dimensão das Ações gerais de saúde, este é composto pelos itens (1, 2, 3 e 9), enquanto na escala original Andrews et al (2009) este inclui os itens 1, 2, 3, e 9, comuns aos nossos resultados; o item 11, que no nosso estudo, saturou no segundo fator, e o item 10 que foi removido por possuir comunalidade inferior a 0,50.

#### Validade Interna

Determinou-se a correlação de *Pearson* e a respetiva significância estatística entre os fatores da DSCPI-90 como uma contribuição para o estudo de validade da escala. A Tabela 20 apresenta esses resultados, observando-se correlações fortes e altamente significativas ( $p < .01$ ) indicando uma validade interna do constructo composto por três fatores.

Tabela 20 - Correlação entre os fatores e total do instrumento DSCPI-90

---

F1	F2	F3	Total
----	----	----	-------

---

F1	1			
F2	,630*	1		
F3	,558*	,552*	1	
Total	,865*	,872*	,806*	1

\*  $p < .01$ ; F1 - Ações específicas que providenciam a manutenção de alimentos; F2 - Ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social; F3 - Ações gerais de autocuidado.

### Validade convergente e validade discriminante

A validade convergente foi analisada através da correlação dos diferentes itens pertencentes a cada fator com esse mesmo fator. Pela tabela 21 observa-se que os itens pertencentes ao primeiro fator possuem correlações fortes ou muito forte com o score desse mesmo fator, com correlações a variarem entre 0.756 e 0.903. No que respeita ao segundo fator também se observaram correlações fortes entre o score deste fator e os respetivos itens, sendo a correlação mínima 0.715 e máxima 0.797. As correlações entre o terceiro fator e os respetivos itens também revelou valores fortes ou muito fortes, variando estas entre 0.787 e 0.895.

A validade discriminante foi analisada através das correlações entre os scores de cada fator com os itens que não pertencem a esses mesmos fatores. Os resultados demonstraram a existência de correlações consideravelmente inferiores às correlações entre as componentes e os itens que as englobam.

Da análise dos resultados da tabela 21, sugere-se que os itens da cada dimensão têm proximidade suficiente para constituírem uma dimensão, sendo sugestivo de validade do constructo.

Quadro 21 – Correlação entre os fatores e os itens do instrumento DSCPI-90

	F1	F2	F3*
--	----	----	-----

F1	P 5	,756	,447	,330
	P 6	,895	,549	,485
	P 7	,903	,567	,508
	P 8	,869	,603	,605
F2	P 11	,466	,715	,471
	P 12	,492	,764	,408
	P 14	,431	,759	,371
	P 15	,541	,797	,427
	P 16	,471	,781	,432
F3	P 1	,384	,383	,858
	P 2	,452	,462	,895
	P 3	,463	,480	,838
	P 9	,569	,528	,787

\* F1 - Ações específicas que providenciam a manutenção de alimentos; F2 - Ações específicas de autorregulação pessoal e envolvimento social; F3 - Ações gerais de autocuidado.

Em síntese:

Apesar das variações fatoriais e da exclusão dos itens 4, 10, 13, 17 e 18, a organização fatorial obtida do DSCPI-90 na versão portuguesa, parece-nos concordante, não só em termos de análise estatística, mas também em termos conceituais. Deste modo, os resultados parecem ser teoricamente coerentes com os contributos teóricos de Dorothea Orem e com as dimensões da escala original construída por Denyes (1988) e ainda semelhantes à estrutura fatorial do instrumento original obtido antes da eliminação da maioria dos itens, por Andrews et al (2009).

A versão portuguesa do DSCPI-90 revelou um valor de fiabilidade, mensurado através de um *Alpha de Cronbach* muito bom ( $\alpha = 0.903$ ). Este valor é similar aos encontrados tanto nos estudos originais como nos estudos posteriores onde foi utilizado este instrumento.

Os resultados aqui apresentados demonstram que a versão portuguesa do DSCPI-90 é multidimensional. Assim que os itens que apresentaram baixas cargas fatoriais ou baixa comunalidade através da AFE foram removidos, foi obtido o modelo final constituído por 13 itens.

Em suma, do ponto de vista psicométrico, a versão portuguesa do DSCPI-90 ao evidenciar um elevado nível de fidelidade e muito bons indicadores de validade pode considerar-se um instrumento de medida apto a ser utilizado.



**RESULTADOS**

**DISCIPLINA PARENTAL NA INFÂNCIA DOS JOVENS ADULTOS**

**PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO EM SAÚDE DOS JOVENS ADULTOS**

**PROPOSTA DE MODELO EXPLICATIVO DAS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO  
DE SAÚDE DOS JOVENS ADULTOS**



### **3 - RESULTADOS**

Depois de realizados os estudos de adaptação e a análise das características psicométricas dos instrumentos, apresentamos, neste capítulo, os resultados obtidos através da aplicação destes instrumentos, no sentido de dar resposta aos objetivos do estudo.

Iniciamos com a descrição da disciplina parental na infância dos jovens adultos e com a apresentação da frequência dos maus comportamentos na infância; de seguida a responsabilidade dos pais na disciplina, os métodos disciplinares parentais e, por último, apresentamos os aspetos do modo e do contexto de implementação dos métodos disciplinares.

Relativamente às práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, apresentamos a sua descrição, tendo em conta o seu contexto pessoal, nomeadamente o sexo e a idade e o contexto familiar, particularmente as habilitações literárias dos pais e o rendimento familiar.

De seguida, apresentamos os resultados do estudo da relação da disciplina parental com as práticas de autocuidado em saúde, nomeadamente com a frequência dos maus comportamentos na infância; a responsabilidade dos pais na disciplina; os métodos disciplinares parentais e os aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina parental.

Por último, serão apresentados os resultados da análise de regressão linear múltipla para identificar os fatores preditores das práticas de autocuidado em saúde, no sentido de prever a variância destas.

#### **3.1 - DISCIPLINA PARENTAL NA INFÂNCIA DOS JOVENS ADULTOS**

Relativamente à disciplina parental na infância dos jovens adultos apresentamos os resultados da frequência dos maus comportamentos na infância com gravidade e sem gravidade; a responsabilidade dos pais na disciplina; os métodos disciplinares e ainda os aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina.

##### **3.1.1 - Maus comportamentos na infância**

Quanto aos maus comportamentos na infância, considerámos a sua frequência em função da gravidade, nomeadamente a frequência dos maus comportamentos com gravidade e sem gravidade.

Em relação à frequência anual de comportamentos com e sem gravidade aos 10 anos de idade, conforme se observa na Tabela 22, em média, os sujeitos inquiridos tiveram  $55,2 \pm 116,8$  maus comportamentos sem gravidade por ano e  $15,1 \pm 77,3$  maus comportamentos com gravidade por ano. O que corresponde em média entre 1 e 2 maus comportamentos sem gravidade por semana e entre 1 e 2 maus comportamentos com gravidade por mês.

Tabela 22 - Caracterização dos maus comportamentos aos 10 anos

Frequência anual de um mau comportamento sem gravidade	Média $\pm$ DP	$55,2 \pm 116,8$
	Mediana (Mínimo – Máximo)	8 (0 - 700)
Frequência anual de um mau comportamento com gravidade	Média $\pm$ DP	$15,1 \pm 77,3$
	Mediana (Mínimo – Máximo)	0 (0 – 700)

### 3.1.2 - Responsabilidade parental na disciplina

Relativamente à responsabilidade dos pais na disciplina (Tabela 23), constata-se que 49,0% dos inquiridos responderam que a mãe teve mais responsabilidade do que o pai, sendo que destes, 27,6% responderam que a mãe teve muito mais responsabilidade pela disciplina do que o pai e 21,4% citam que a mãe teve um pouco mais de responsabilidade do que o pai, enquanto 46,0% dos inquiridos referem que a responsabilidade pela disciplina foi partilhada de forma equitativa entre o pai e a mãe.

Tabela 23 - Distribuição da responsabilidade parental na disciplina

Figura parental na responsabilidade pela disciplina	N	%
A mãe teve muito mais responsabilidade pela disciplina, do que o pai	321	27,6%
A mãe teve um pouco mais de responsabilidade, do que o pai	249	21,4%
Os pais partilharam a responsabilidade equitativamente	534	46,0%
O pai teve um pouco mais de responsabilidade, do que a mãe	48	4,1%
O pai teve muito mais responsabilidade, do que a mãe.	10	0,9%
Total	1162	100,0%

### 3.1.3 - Métodos disciplinares

A Tabela 24 apresenta os resultados das estatísticas descritivas dos *scores* das subescalas do DDI-C do pai e da mãe. Constata-se que, de um modo geral, as mães têm significativamente uma maior frequência de comportamentos disciplinares do que os pais. Somente nas subescalas, *Distração; Ignorar deliberadamente o mau comportamento; Monitorização; Agressão psicológica e Explicar/Ensinar* não se observaram diferenças com significância estatística. Saliente-se, no entanto, que as subescalas *Distração e Ignorar deliberadamente o mau comportamento* revelaram valores de consistência interna baixos.

Tabela 24 - Estatísticas descritivas dos scores das subescalas DDI-C do pai e da mãe

	Mãe		Pai		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Esforço Disciplinar	860,0	680,4	757,6	646,5	6,81	0,000**
Disciplina Punitiva	337,6	387,2	286,7	353,6	5,36	0,000**
Disciplina Não-Punitiva	467,2	402,4	430,2	391,3	3,90	0,000**
Disciplina Indutiva	315,4	295,5	290,8	293,2	3,31	0,001**
Repertório Disciplinar	658,1	540,6	585,5	522,4	5,92	0,000**
Resposta Disciplinar	1,8	2,5	1,8	2,6	-1,90	0,058
Punição Física	55,9	142,2	35,4	112,6	5,12	0,000**
Privação de Privilégios	95,1	177,0	78,3	163,5	3,66	0,000**
Distração	71,1	142,1	71,8	196,6	-0,12	0,905
Ignorar deliberadamente o mau comportamento	53,1	126,1	50,8	120,5	0,76	0,447
Monitorização	84,4	157,3	75,3	155,6	1,96	0,050
Tarefas de Penalização e Comportamento Restaurador	120,7	185,5	105,7	171,8	3,42	0,001**
Agressão Psicológica	146,7	206,7	137,4	208,2	1,62	0,105
Recompensa	117,4	176,9	107,1	163,9	2,40	0,017*
Explicar/Ensinar	118,2	157,0	110,0	159,0	1,82	0,069

\*\*  $p < .05$  \*  $p < .01$

### 3.1.4 - Aspetos do contexto e do modo de implementação dos métodos disciplinares

A Tabela 25 apresenta os resultados das estatísticas descritivas dos *scores* das diversas subescalas DDI-D do pai e da mãe. Constata-se que em todas as escalas as mães têm *scores* médios significativamente superiores ( $p < .05$ ) aos pais.

Tabela 25 - Estatísticas descritivas dos scores das subescalas dos Aspetos e do Modo de Implementação da Disciplina do pai e da mãe

	Mãe		Pai		T	p
	M	DP	M	DP		
Aspetos do Contexto de Disciplina	2,5	0,5	0,0	2,3	11,79	0,000**
Modos de Implementação da Disciplina	1,9	0,4	0,0	1,7	12,39	0,000**
Confiança	2,1	0,6	0,0	2,0	5,83	0,000**
Conflito com o Parceiro(a)	1,0	1,1	0,0	0,9	2,44	0,015*
Ineficácia Percecionada da Disciplina	0,9	0,8	0,0	0,8	4,53	0,000**
Stress	1,6	0,8	0,0	1,4	9,68	0,000**
Consistência	2,5	0,8	0,0	2,4	8,82	0,000**
Enquadramento Cognitivo	3,0	0,8	0,0	2,8	9,12	0,000**
Impulsividade	1,4	1,0	0,0	1,2	6,91	0,000**
Resposta	2,4	0,9	0,0	2,3	5,88	0,000**
Afetividade/Apoio	3,0	0,9	0,0	2,8	8,47	0,000**
Aviso	2,5	0,9	0,0	2,3	11,81	0,000**

\*\*  $p < .05$  \*  $p < .01$

### 3.2 - PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO EM SAÚDE DOS JOVENS ADULTOS

Nesta sessão, são apresentadas as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, associados ao contexto pessoal nomeadamente o sexo e a idade e ao contexto familiar, particularmente as habilitações literárias dos pais, o rendimento familiar e a responsabilidade parental na disciplina.

Como já referido anteriormente, as dimensões alusivas às *práticas de autocuidado em saúde* variam entre 0 e 100 pontos, refletindo a percentagem de tempo despendido nas ações referidas em cada dimensão. Quanto mais elevado é o score, maior é o nível de práticas de autocuidado de saúde.

A Tabela 26 apresenta as estatísticas descritivas dessas percentagens, constatando-se que, em qualquer das dimensões, bem como no total da escala, a percentagem de tempo que os jovens adultos gastam a desempenhar as práticas de autocuidado em saúde foi em média inferior a 50%, sendo a média mais elevada na subescala referente às *ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social* ( $49,2 \pm 18,4$ ), seguida de muito perto as *ações gerais de saúde*

(48,68 ± 18,58) e a mais baixa na subescala referente às *ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada* (42,4 ± 21,6).

Tabela 26 - Medidas descritas da escala DSCPI-90

	M	DP
Ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada	42,42	21,64
Ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social	49,18	18,43
Ações gerais de saúde	48,68	18,58
Práticas de autocuidado em saúde	46,94	16,55

### 3.2.1 - As práticas de autocuidado em saúde e o contexto pessoal

A Tabela 27 apresenta os resultados referentes ao impacto das variáveis do contexto pessoal, nomeadamente sexo e idade, nas práticas de autocuidado em saúde.

Quanto às ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada ( $F_{(2, 1177)} = 13.72$ ,  $p < .01$ ), constata-se que os jovens adultos do sexo feminino ( $B=7,09$ ;  $p < .01$ ) apresentaram significativamente scores mais elevados que os do sexo masculino, não se constatando qualquer influência da idade com as práticas de autocuidado em saúde nesta dimensão da escala.

Em relação às ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social ( $F_{(2, 1177)} = 6.92$ ,  $p < .01$ ), observou-se identicamente que os jovens adultos do sexo feminino ( $B=4,12$ ;  $p < .01$ ) tiveram scores significativamente mais elevados que os do sexo masculino, não se observando qualquer associação da idade com esta subescala.

No que respeita à subescala referente às ações gerais de saúde ( $F_{(2, 1177)} = 1.03$ ,  $p \geq .05$ ), não se constatou a existência de qualquer associação com significância estatística com o sexo e com a idade ( $p \geq .05$ ).

Na escala das práticas de autocuidado de saúde ( $F_{(2, 1177)} = 7,38$ ,  $p < .01$ ), observou-se que os indivíduos do sexo feminino ( $B=3,83$ ;  $p < .01$ ) tiveram scores significativamente mais elevados que os do sexo masculino, não se constatando qualquer associação com significância estatística da idade com a escala das práticas de autocuidado de saúde.

Tabela 27 - Coeficientes das Regressões lineares (estatística t): Variáveis dependentes = Subescalas e escalas do DSCPI-90; Variáveis independentes=sexo e idade

	Ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada	Ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social	Ações gerais de saúde	Práticas de Autocuidado de Saúde
Constante	38,9 (9,4)	49,92 (14,13)	53,54 (14,96)	47,63 (15)
Sexo Feminino	7,09 (5,23)**	4,12 (3,56)**	0,15 (0,13)	3,83 (3,68)**
Idade	-0,06 (-0,31)	-0,18 (-1,05)	-0,25 (-1,43)	-0,16 (-1,07)
R <sup>2</sup>	2,3%	1,2%	0,2%	1,2%

\*\*  $p < .05$  \*  $p < .01$

Devido à existência de diferenças com significância estatística entre os jovens adultos do sexo feminino e do sexo masculino, nas análises subseqüentes, as estimações dos modelos serão efetuadas separadamente para cada um dos sexos.

### 3.2.2 - As práticas de autocuidado em saúde e o contexto familiar

A Tabela 28 apresenta os resultados referentes ao impacto das variáveis do contexto familiar nas práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, nomeadamente as habilitações literárias dos pais, rendimento *per capita* e a responsabilidade parental na disciplina.

Não se observam diferenças significativas em nenhuma das dimensões das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos de ambos os sexos com a variável habilitações literárias dos pais. Através dos resultados referentes ao impacto da responsabilidade parental na disciplina, com as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, verificámos que, em relação ao sexo masculino, não se observou qualquer associação estatisticamente significativa entre a responsabilidade parental na disciplina e as dimensões das práticas de autocuidado em saúde avaliadas através do DSCPI-90. Relativamente às jovens adultas, as ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada ( $F_{(7, 687)} = 1,26, p \geq .05$ ); as ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social ( $F_{(7, 687)} = 2,50, p < .05$ ); as ações gerais de saúde ( $F_{(7, 687)} = 1,61, p \geq .05$ ) e as práticas de autocuidado em saúde ( $F_{(7, 687)} = 2,28, p < .05$ ) apresentam uma associação estatisticamente significativa da variável: os pais partilharam a responsabilidade equitativamente na disciplina parental na infância dos filhos

com todas as dimensões das práticas de autocuidado de saúde. As jovens adultas que tiveram pai e mãe como figura parental, partilhando estes equitativamente a responsabilidade na sua disciplina na infância, apresentaram scores significativamente mais elevados.

Quanto ao rendimento familiar, para os jovens adultos do sexo masculino, as ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada ( $F_{(7, 305)} = 1,02, p \geq .05$ ); as ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social ( $F_{(7, 305)} = 1,29, p \geq .05$ ); as ações gerais de saúde ( $F_{(7, 305)} = 0,92, p \geq .05$ ); e as práticas de autocuidado em saúde ( $F_{(7, 305)} = 1,21, p \geq .05$ ) observou-se que esta variável teve uma influência com significância estatística nas ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social, as ações gerais de saúde e as práticas de autocuidado de saúde, constatando-se que, quanto mais elevado é o rendimento familiar, menores são os *scores* destas subescalas do DSCPI-90 e da escala. Não se verificando associação com significância estatística para as jovens adultas.

Tabela 28 - Coeficientes das Regressões lineares (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = Subescalas e escalas do DSCPI-90; Variáveis independentes = habilitações dos pais e rendimento *per capita*, responsabilidade parental na disciplina)

	Ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada		Ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social		Ações gerais de saúde		Práticas de Autocuidado de Saúde	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Constante	28,75 (5,6)	36,7 (8,96)	44,08 (9,29)	43,69 (12,54)	46,45 (9,45)	42,04 (12,26)	40,08 (9,61)	41,05 (13,19)
Mãe com 1º Ciclo	4,59 (1,35)	-1,88 (-0,87)	3,55 (1,13)	-1,2 (-0,65)	1,79 (0,55)	0,82 (0,45)	3,33 (1,21)	-0,79 (-0,48)
Mãe com ensino superior	-0,95 (-0,29)	-1,56 (-0,65)	2 (0,67)	-2,09 (-1,03)	2,41 (0,78)	-0,24 (-0,12)	1,19 (0,45)	-1,34 (-0,74)
Pai com 1º Ciclo	-3,55 (-1,08)	1,65 (0,79)	-4,33 (-1,43)	1,3 (0,73)	-0,51 (-0,16)	0,69 (0,4)	-2,9 (-1,09)	1,21 (0,76)
Pai com ensino superior	4,58 (1,33)	-0,98 (-0,39)	-1,81 (-0,57)	-1,73 (-0,81)	-0,67 (-0,2)	-1,09 (-0,52)	0,54 (0,19)	-1,33 (-0,7)
Os pais partilham equitativamente a responsabilidade na disciplina dos filhos	9,00 (1,75)	8,92 (2,22)*	4,02 (0,85)	9,31 (2,72)**	3,22 (0,65)	7,86 (2,33)*	5,32 (1,27)	8,74 (2,85)**
Mãe tem mais responsabilidade na disciplina dos filhos	9,66 (1,88)	6,34 (1,57)	4,04 (0,85)	5,61 (1,64)	3,08 (0,63)	4,53 (1,34)	5,45 (1,3)	5,51 (1,8)
Rendimento per capita	0,00 (-1,56)	0,00 (0,83)	-0,01(-2,03)*	0,00 (-0,08)	-0,01(-2,29)*	0,00 (-0,11)	-0,01(-2,31)*	0,00 (0,26)
R <sup>2</sup>	2,9%	1,3%	2,3%	2,5%	2,1%	1,6%	2,7%	2,3%

\*\*  $p < .05$  \*  $p < .01$

### 3.3 - PROPOSTA DE MODELO EXPLICATIVO DAS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DE SAÚDE DOS JOVENS ADULTOS

### 3.3.1 - As Práticas de autocuidado em saúde e os maus comportamentos infantis

Na Tabela 29, visualizam-se os resultados referentes ao impacto da frequência dos maus comportamentos infantis nas práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos.

Tanto para o sexo feminino, as ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada ( $F_{(2, 758)} = 0,04, p \geq .05$ ); as ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social ( $F_{(2, 758)} = 0,19, p \geq .05$ ); as ações gerais de saúde ( $F_{(2, 758)} = 0,85, p \geq .05$ ); e as práticas de autocuidado em saúde ( $F_{(2, 758)} = 0,23, p \geq .05$ ), como para o sexo masculino, as ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada ( $F_{(2, 336)} = 1,29, p \geq .05$ ); as ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social ( $F_{(2, 336)} = 0,84, p \geq .05$ ); as ações gerais de saúde ( $F_{(2, 336)} = 0,09, p \geq .05$ ); e as práticas de autocuidado em saúde ( $F_{(2, 336)} = 0,38, p \geq .05$ ), não se observou qualquer associação estatisticamente significativa entre a frequência de maus comportamentos infantis e as práticas de autocuidado de saúde e nas suas diferentes dimensões, avaliadas através do DSCPI-90.

Tabela 29 - Coeficientes das Regressões lineares (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = Subescalas e escala do DSCPI-90; Variáveis independentes = Frequência de mau comportamento na infância sem gravidade e com gravidade

	Ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada		Ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social		Ações gerais de Saúde		Práticas de Autocuidado de Saúde	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Constante	38,34 (30,32)	44,86 (51,31)	47,21 (42,4)	50,78 (68,81)	48,53 (41,19)	49,03 (67,38)	44,88 (44,65)	48,43 (73,23)
Frequência de mau comportamento sem gravidade	-0,01 (-1,45)	0 (0,27)	-0,01 (-1,06)	0 (0,42)	0 (0,43)	0 (-0,16)	-0,01 (-0,87)	0 (0,24)
Frequência de mau comportamento com gravidade	0,01 (1,17)	0 (-0,06)	0 (-0,3)	-0,01 (-0,53)	0 (-0,2)	-0,01 (-1,23)	0 (0,27)	-0,01 (-0,67)
R <sup>2</sup>	0,8%	0,0%	0,5%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%

\*\*  $p < .05$  \*  $p < .01$

### 3.3.2 - As práticas de autocuidado em saúde e os métodos disciplinares parentais

Na Tabela 30, observam-se os resultados referentes ao efeito dos métodos disciplinares nas subescalas e escala do DSCPI-90.

No sexo feminino, relativamente às ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada ( $F_{(14, 789)} = 0,75, p \geq .05$ ); às ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social  $F_{(14, 789)} = 0,55, p \geq .05$ ; às ações gerais de saúde ( $F_{(14, 789)} = 0,57, p \geq .05$ ); e às práticas de autocuidado de saúde ( $F_{(14, 789)} = 0,56, p \geq .05$ ), não se observou qualquer associação estatisticamente significativa com os métodos disciplinares. Também no sexo masculino, as ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada ( $F_{(14, 352)} = 0,75, p \geq .05$ ); as ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social ( $F_{(14, 352)} = 0,69, p \geq .05$ ); as ações gerais de saúde ( $F_{(14, 352)} = 0,59, p \geq .05$ ); e as práticas de autocuidado em saúde ( $F_{(14, 352)} = 0,54, p \geq .05$ )) não apresentaram qualquer associação estatisticamente significativa com os métodos disciplinares.

Tabela 30 - Coeficientes das Regressões lineares (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = Subescalas e escalas do DSCPI-90; Variáveis independentes = Métodos disciplinares

	Ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada		Ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social		Ações gerais de saúde		Práticas de Autocuidado de Saúde	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Constante	49,61 (7,03)	52,1 (13,54)	57,3 (9,08)	49,06 (15,15)	53,93 (8,17)	52,81 (16,41)	53,9 (9,54)	51,17 (17,55)
Esforço Disciplinar - Mãe	0 (-0,16)	0 (0,36)	0 (0,16)	0 (0,44)	0,01 (0,4)	0 (0,31)	0 (0,13)	0 (0,43)
Esforço Disciplinar - Pai	0 (0,04)	0 (-0,31)	0 (0,23)	-0,01 (-0,58)	0,01 (0,64)	0 (-0,13)	0 (0,34)	0 (-0,42)
Escala de Disciplina Punitiva - Mãe	0 (0,14)	0 (-0,28)	0 (-0,35)	0 (-0,45)	0 (0,08)	0 (-0,27)	0 (-0,06)	0 (-0,39)
Escala de Disciplina Punitiva - Pai	0 (-0,23)	0 (0,06)	0 (-0,1)	0 (-0,15)	-0,01 (-1,04)	0 (0,13)	-0,01 (-0,49)	0 (0,01)
Escala da Disciplina Não-Punitiva - Mãe	0 (0,15)	-0,01 (-0,68)	0 (-0,01)	0 (-0,15)	0 (0,35)	0 (-0,48)	0 (0,19)	0 (-0,49)
Escala da Disciplina Não-Punitiva - Pai	0 (0,06)	0 (0,18)	0 (-0,21)	0 (-0,16)	-0,01 (-1,13)	0 (-0,06)	-0,01 (-0,46)	0 (-0,02)
Disciplina Indutiva - Mãe	0 (-0,4)	0 (0,36)	0 (-0,47)	0 (0,17)	-0,01 (-1,14)	0 (0,45)	-0,01 (-0,76)	0 (0,36)
Disciplina Indutiva - Pai	0 (-0,32)	0 (-0,45)	0 (-0,21)	0 (-0,6)	0,01 (1,04)	0 (-0,43)	0 (0,15)	0 (-0,57)
Repertório Disciplinar - Mãe	0 (0,07)	0 (-0,67)	0 (0,26)	0 (-0,49)	-0,01 (-1,24)	0 (-0,85)	0 (-0,29)	0 (-0,76)
Repertório Disciplinar - Pai	0 (-0,16)	0,01 (0,76)	0 (-0,6)	0,01 (1,82)	0,01 (0,74)	0,01 (0,94)	0 (-0,05)	0,01 (1,41)
R <sup>2</sup>	3,0%	1,3%	2,8%	1,0%	2,4%	1,0%	2,2%	1,0%

### 3.3.3 - As práticas de autocuidado em saúde e os aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina parental

Nas Tabelas 31 e 32, visualizam-se os resultados referentes ao efeito das variáveis, aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina pela mãe e pelo pai respetivamente, nas práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos.

Em relação aos aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina exercida pela mãe para as jovens, nas ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada ( $F_{(12, 779)} = 2,5, p < .05$ ); nas ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social ( $F_{(12, 779)} = 2,40, p < .05$ ); nas ações gerais de saúde ( $F_{(12, 779)} = 2,44, p < .05$ ); e nas práticas de autocuidado em saúde ( $F_{(12, 779)} = 3,01, p < .05$ ) não se encontrou qualquer associação estatisticamente significativa entre as dimensões dos aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina parental, exercida pela mãe perante os maus comportamentos dos seus filhos e as práticas de autocuidado em saúde conforme tabela 28. Também nos jovens do sexo masculino, não se observou qualquer associação estatisticamente significativa entre as dimensões dos aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina parental, exercida pela mãe perante os maus comportamentos dos seus filhos e as práticas de autocuidado em saúde, nomeadamente, nas ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada ( $F_{(12, 342)} = 0,82, p \geq .05$ ); nas ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social ( $F_{(12, 342)} = 2,11, p < .05$ ); nas ações gerais de saúde ( $F_{(12, 342)} = 1,10, p \geq .05$ ); e nas práticas de autocuidado em saúde ( $F_{(12, 342)} = 1,46, p \geq .05$ ) (Tabela 31).

Relativamente aos aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina exercida pelo pai e as práticas de autocuidado de saúde, conforme se observa na Tabela 32, para os indivíduos do sexo masculino, nas ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada ( $F_{(12, 341)} = 1,26, p \geq .05$ ); nas ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social ( $F_{(12, 341)} = 1,67, p < .05$ ); nas ações gerais de saúde ( $F_{(12, 341)} = 1,60, p \geq .05$ ); nas práticas de autocuidado de saúde ( $F_{(12, 341)} = 1,63, p \geq .05$ ) e para os indivíduos do sexo feminino, nas ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada ( $F_{(12, 777)} = 1,58, p \geq .05$ ); nas ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social ( $F_{(12, 777)} = 2,56, p < .05$ ); nas ações gerais de saúde ( $F_{(12, 777)} = 2,14, p < .05$ ) e nas práticas de autocuidado de saúde ( $F_{(12, 777)} = 1,23, p < .05$ ) constatou-se uma associação estatisticamente significativa da confiança manifestada pelo pai ( $B = 9,25; p < .05$ ) com as ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada. De modo que, quanto mais elevado é o *score* da confiança inculcida pelo pai, no exercício da disciplina perante os maus comportamentos dos seus filhos do sexo feminino, maior é o *score* das ações específicas de providenciar uma alimentação equilibrada.

Relativamente à afetividade/apoio do pai: (B=19,83;  $p < .05$ ) e do aviso exercido pelo pai (B=12,74;  $p < .05$ ), também se constatou uma associação estatisticamente significativa com as ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social. De modo que, quanto maior é o *score* da afetividade/apoio manifestados pelo pai e do aviso no exercício da disciplina implementada pelo pai, perante os maus comportamentos dos seus filhos do sexo feminino, maior é o *score* das ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social.

Ainda, quanto ao aviso exercido pelo pai (B= 9,63;  $p < .05$ ), também se observou uma associação estatisticamente significativa com a práticas de autocuidado de saúde, de modo que, quanto maior é *score* de aviso no exercício da disciplina implementada pelo pai, perante os maus comportamentos dos seus filhos do sexo feminino, maior é o *score* das práticas de autocuidado de saúde.

Tabela 31 - Coeficientes das Regressões lineares (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = Subescalas e escala do DSCPI-90; Variáveis independentes = aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina parental exercida pela mãe

	Ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada		Ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social		Ações gerais de saúde		Práticas de Autocuidado de Saúde	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Constante	38,3 (6,54)	29,47 (6,2)	35,39 (6,92)	35,3 (8,82)	47,95 (8,79)	35,51 (8,91)	40,13 (8,71)	33,59 (9,36)
Contexto de disciplina	18,29 (0,36)	-35,18 (-0,84)	36,2 (0,83)	-43,62 (-1,23)	27,14 (0,58)	-24,44 (-0,69)	27,96 (0,71)	-35,58 (-1,12)
Modos de implementação da disciplina	50,68 (1,12)	23,25 (0,71)	-14,92 (-0,38)	4 (0,14)	-68,8 (-1,63)	30,89 (1,12)	-11,22 (-0,31)	18,33 (0,74)
Confiança	-9,38 (-1,39)	-0,53 (-0,11)	1,52 (0,26)	-0,39 (-0,09)	8,76 (1,4)	-3,94 (-0,95)	0,39 (0,07)	-1,55 (-0,41)
Conflito com o Parceiro(a)	-7,91 (-1,2)	-2,5 (-0,52)	2,46 (0,43)	0,19 (0,05)	10,01 (1,63)	-4,79 (-1,19)	1,57 (0,3)	-2,19 (-0,6)
Ineficácia Percecionada da Disciplina	-11,69 (-1,18)	-6,04 (-0,85)	0,37 (0,04)	-0,83 (-0,14)	12,24 (1,33)	-6,79 (-1,14)	0,29 (0,04)	-4,3 (-0,8)
Stress	-6,31 (-0,94)	-2,04 (-0,42)	4,69 (0,8)	0,77 (0,19)	10,6 (1,7)	-3,15 (-0,77)	3,09 (0,59)	-1,33 (-0,36)
Consistência	-5,46 (-0,5)	7,14 (0,8)	-8,59 (-0,91)	9,5 (1,26)	-6,99 (-0,69)	6,23 (0,83)	-7,16 (-0,84)	7,86 (1,16)
Enquadramento Cognitivo	-2,82 (-0,38)	5,15 (0,84)	-4,3 (-0,67)	6,43 (1,25)	-5,37 (-0,78)	4,36 (0,85)	-4,19 (-0,72)	5,46 (1,18)
Impulsividade	-2,51 (-0,35)	2,52 (0,41)	-5,83 (-0,92)	5,23 (1,02)	-3,97 (-0,59)	2,08 (0,41)	-4,24 (-0,74)	3,49 (0,76)
Resposta	-3,79 (-0,52)	6,36 (1,04)	-6,91 (-1,09)	7,05 (1,37)	-4,66 (-0,69)	3,97 (0,78)	-5,27 (-0,92)	5,96 (1,29)
Afetividade/Apoio	-12,32 (-1,02)	3,57 (0,35)	0,31 (0,03)	11,12 (1,29)	12,01 (1,07)	-0,52 (-0,06)	0,02 (0)	5,29 (0,69)
Aviso	-8,28 (-1,02)	3,81 (0,56)	-2,5 (-0,35)	6,62 (1,15)	7,82 (1,04)	0,57 (0,1)	-1,13 (-0,18)	3,94 (0,76)
R <sup>2</sup>	2,8%	3,7%	6,9%	3,6%	4,3%	2,4%	1,3%	0,5%

\*\*  $p < .05$  \*  $p < .01$

Tabela 32 - Coeficientes das Regressões lineares (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = Subescalas e escalas do DSCPI-90; Variáveis independentes = aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina parental exercida pelo pai.

	Ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada		Ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social		Ações gerais de saúde		Práticas de autocuidado de saúde	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino

	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Constante	34,49 (7,25)	37,58 (10,67)	39,89 (9,47)	41,91 (14,23)	44,28 (10,01)	39,95 (13,6)	39,55 (10,53)	39,99 (15,06)
Contexto de disciplina	31,58 (0,68)	-13,89 (-0,34)	51,15 (1,24)	-41,39 (-1,22)	28,52 (0,66)	-20,09 (-0,59)	38,36 (1,04)	-26,21 (-0,85)
Modos de implementação da disciplina	64,61 (1,48)	-45,5 (-1,49)	-23,99 (-0,62)	-38,2 (-1,5)	-61,15 (-1,5)	-0,15 (-0,01)	-8,09 (-0,23)	-29,18 (-1,27)
Confiança	-11,01 (-1,71)	9,25 (2,06)*	2,61 (0,46)	6,47 (1,73)	6,42 (1,07)	0,67 (0,18)	-0,39 (-0,08)	5,6 (1,66)
Conflito com o Parceiro(a)	-9,84 (-1,55)	6,28 (1,41)	4,66 (0,83)	6,48 (1,74)	9,68 (1,64)	-1,14 (-0,31)	1,73 (0,34)	4,14 (1,23)
Ineficácia Percecionada da Disciplina	-13,26 (-1,39)	8,83 (1,34)	2,6 (0,31)	7,95 (1,44)	11,86 (1,34)	0 (0)	0,56 (0,07)	5,87 (1,18)
Stress	-8,55 (-1,33)	6,5 (1,43)	5,78 (1,01)	5,66 (1,49)	10,84 (1,81)	-1,08 (-0,29)	2,89 (0,57)	3,9 (1,14)
Consistência	-9,05 (-0,89)	1,84 (0,21)	-12,04 (-1,34)	8,31 (1,15)	-6,54 (-0,69)	4,99 (0,69)	-9,48 (-1,18)	5,27 (0,81)
Enquadramento Cognitivo	-3,66 (-0,53)	0,48 (0,08)	-7,53 (-1,22)	4,36 (0,88)	-5,51 (-0,85)	3,15 (0,64)	-5,76 (-1,05)	2,77 (0,62)
Impulsividade	-4,54 (-0,67)	2,14 (0,37)	-7,68 (-1,29)	5,24 (1,07)	-6,19 (-0,99)	4,11 (0,84)	-6,28 (-1,18)	3,92 (0,89)
Resposta	-5,77 (-0,86)	2,29 (0,39)	-8,91 (-1,5)	6,41 (1,3)	-3,79 (-0,61)	2,94 (0,6)	-6,4 (-1,21)	4,05 (0,91)
Afetividade/Apoio	-16,69 (-1,41)	14,13 (1,52)	-1,13 (-0,11)	19,83 (2,55)*	10,99 (1)	5,17 (0,67)	-2,22 (-0,24)	13,63 (1,94)
Aviso	-13,11 (-1,66)	10,65 (1,71)	-3,57 (-0,51)	12,74 (2,45)*	5,81 (0,79)	4,62 (0,89)	-3,66 (-0,59)	9,63 (2,05)*
R <sup>2</sup>	4,3%	2,4%	5,6%	3,8%	5,3%	3,2%	5,4%	3,3%

\*\*  $p < .05$  \*  $p < .01$

### 3.3.4 - Análise dos efeitos significativos nas práticas de autocuidado de saúde

Nesta sessão, apresentam-se os resultados das estimações dos modelos, estimações efetuadas tendo em conta todas as variáveis preditoras das subescalas e escala do DSCPI-90, utilizou-se o método *Stepwise* com vista à estimação de modelos, somente com as variáveis com significância estatística ( $p < .05$ ).

Na Tabela 33, são apresentados os resultados relativos às variáveis que têm influência estatisticamente significativa nas ações específicas de providenciar uma alimentação equilibrada, para o sexo masculino ( $F_{(2, 293)} = 6,19, p < .05$ ) e para o sexo feminino ( $F_{(2, 632)} = 12,13, p < .05$ ).

Em relação ao sexo masculino, observou-se uma associação estatisticamente significativa da afetividade/apoio do pai ( $B = 3,65; p < .05$ ) e da disciplina punitiva exercida pelo pai ( $B = -0,01; p < .05$ ) com as ações específicas de providenciar uma alimentação equilibrada, de modo que, quanto maior é o *score* da afetividade/apoio manifestados pelo pai, no exercício da disciplina perante os maus comportamentos dos filhos do sexo masculino, mais elevados são os níveis das ações específicas de providenciar uma alimentação equilibrada e, quanto mais elevado é o *score* da disciplina punitiva exercida pelo pai, menor é o *score* de ações específicas de providenciar uma alimentação equilibrada.

Quanto ao sexo feminino, constatou-se uma associação estatisticamente significativa da afetividade/apoio manifestados pelo pai ( $B = 2,20; p < .05$ ), e do aviso efetuado pela mãe, ( $B =$

3,38;  $p < .05$ ) com as ações específicas de providenciar uma alimentação equilibrada em que, quanto mais elevados são os *scores* da afetividade/apoio manifestados pelo pai, no exercício da disciplina perante os maus comportamentos infantis, maior é o *score* de ações específicas de providenciar uma alimentação equilibrada.

Relativamente ao aviso exercido pela mãe, na implementação da disciplina perante os maus comportamentos infantis das filhas, também se constatou uma associação estatisticamente significativa, de modo que, quanto mais elevados são os níveis de aviso, maior é o *score* de ações específicas de providenciar uma alimentação equilibrada.

Tabela 33 - Coeficientes das Regressões lineares (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = ações específicas de providenciar uma alimentação equilibrada; Variáveis independentes = variáveis com significância estatística

	Ações específicas que providenciam uma alimentação equilibrada	
	Masculino	Feminino
Constante	30,22 (7,75)	28,97 (8,54)
Aviso – Mãe	NS	3,38 (3,5)**
Afetividade/Apoio – Pai	3,65 (2,82)**	2,2 (2,12)*
Escala de Disciplina Punitiva – Pai	-0,01 (-2)*	NS
R <sup>2</sup>	4,1%	3,0%

\*\*  $p < .05$  \*  $p < .01$ ; NS – Não significativo

A Tabela 34, apresenta os resultados relativos às variáveis que tiveram influência estatisticamente significativa nas ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social para o sexo masculino ( $F_{(1, 294)} = 15,76$ ,  $p < .05$ ) e para o sexo feminino ( $F_{(2, 632)} = 12,42$ ,  $p < .05$ ).

No que respeita ao sexo masculino, observou-se uma associação estatisticamente significativa da afetividade/apoio do pai ( $B = 3,99$ ;  $p < .05$ ) e do rendimento *per capita* ( $B = -0,01$ ;  $p < .05$ ) com as ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social em que, quanto maior o *score* da afetividade/apoio do pai mais elevados são os níveis de ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social e, quanto mais elevado é o rendimento *per*

*capita*, menor é o *score* de ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social.

Relativamente ao sexo feminino, constatou-se uma associação estatisticamente significativa do contexto de disciplina da mãe ( $B= 2,20$ ;  $p < .05$ ) e da impulsividade da mãe ( $B= 3,38$ ;  $p < .05$ ) com as ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social em que, quanto maior é o *score* do contexto de disciplina da mãe mais elevados são os níveis de ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social e, quanto mais elevado é o *score* de impulsividade da mãe, menor é o *score* de ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social.

Tabela 34 - Coeficientes das Regressões lineares múltipla (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = Ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social; Variáveis independentes = variáveis com significância estatística

	Ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social	
	Masculino	Feminino
Constante	39,62 (11,18)	31,36 (8,54)
Afetividade/Apoio - Pai	3,99 (3,25)**	NS
Contexto de disciplina – Mãe	NS	7,7 (5,34)**
Impulsividade – Mãe	NS	-1,87 (-2,72)**
Rendimento <i>per capita</i>	-0,01 (-2,18)*	NS
R <sup>2</sup>	5,1%	4,8%

\*\*  $p < .05$  \*  $p < .01$ ; NS - Não significativo

Na Tabela 35, visualizam-se os resultados relativos às variáveis que têm influência estatisticamente significativa nas ações gerais de saúde para o sexo masculino ( $F_{(2, 293)} = 7,95$ ,  $p < .05$ ) e para o sexo feminino ( $F_{(2, 632)} = 15,88$ ,  $p < .05$ ).

No que respeita aos indivíduos do sexo masculino, observa-se uma associação estatisticamente significativa da afetividade/apoio da mãe ( $B= 5,15$ ;  $p < .05$ ) com as ações gerais de saúde em que, quanto maior o *score* da afetividade/apoio da mãe, mais elevados são os níveis das ações gerais de saúde.

Relativamente ao sexo feminino, constatou-se uma associação estatisticamente significativa do contexto de disciplina da mãe ( $B= 6,29$ ;  $p < .05$ ) e do facto de ambos, pai e mãe, partilharem de forma equitativa a responsabilidade pela disciplina dos filhos ( $B= 3,47$ ;  $p < .05$ ) nas ações gerais de saúde em que, quanto maior o *score* do contexto de disciplina exercida pela mãe, mais elevados são os níveis das ações gerais de saúde, bem como o facto de as jovens adultas reconhecerem ambos, pai e mãe, como figura parental de forma equitativa na sua disciplina também aumenta significativamente o *score* das ações gerais de saúde.

Tabela 35 - Coeficientes das Regressões lineares múltipla (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = Ações gerais de saúde; Variáveis independentes = variáveis com significância estatística

	Ações gerais de saúde	
	Masculino	Feminino
Constante	32,14 (8,37)	32,86 (8,56)
Afetividade/Apoio – Mãe	5,15 (3,97)	NS
Contexto de disciplina – Mãe	NS	6,29 (4,28)
Ambos os pais partilham equitativamente a responsabilidade na disciplina	NS	3,47 (2,45)
R <sup>2</sup>	5,1%	3,8%

\*\*  $p < .05$  \*  $p < .01$ ; NS - Não significativo

Os resultados relativos às variáveis que tiveram influência estatisticamente significativa nas práticas de autocuidado de saúde para o sexo masculino ( $F_{(1,294)} = 12,96$ ,  $p < .05$ ) e para o sexo feminino ( $F_{(2, 632)} = 13,37$ ,  $p < .05$ ) são apresentados na Tabela 33.

Para o sexo masculino, somente na escala da afetividade/apoio manifestados pelo pai ( $B=3,77$ ;  $p < .05$ ) se revela uma influência estatisticamente significativa nas práticas de autocuidado em saúde, constatando-se que quanto maior o *score* da escala de afetividade/apoio do pai mais elevado é o *score* das práticas de autocuidado em saúde.

Para o sexo feminino, as variáveis que estiveram significativamente associadas às práticas de autocuidado de saúde foram: o contexto de disciplina exercida pela mãe ( $B= 7,32$ ;  $p < .05$ ); a impulsividade da mãe; ( $B= -1,60$ ;  $p < .05$ ) e o facto de as jovens adultas reconhecerem ambos, pai e mãe, como figura parental com responsabilidade de forma equitativa na sua disciplina ( $B=$

2,55;  $p < .05$ );constando que quanto mais elevado o *score* do contexto de disciplina da mãe maior é o *score* das práticas de autocuidado de saúde, assim como o reconhecimento de que ambos, pai e mãe, eram as figuras parentais na disciplina de forma equitativa, aumentando o *score* da práticas de autocuidado de saúde. Enquanto no caso da impulsividade da mãe, observou-se uma associação negativa, isto é, quanto maior é a impulsividade da mãe menor é o *score* das práticas de autocuidado de saúde.

Tabela 36 - Coeficientes das Regressões lineares múltipla (entre parêntesis estatística t): Variáveis dependentes = Práticas de autocuidado de saúde; Variáveis independentes = variáveis com significância estatística

	Práticas de autocuidado de saúde	
	Masculino	Feminino
Constante	34,54 (11,62)	30,26 (8,93)
Afetividade/Apoio – Pai	3,77 (3,6)**	NS
Contexto de disciplina – Mãe	NS	7,32 (5,57)**
Impulsividade – Mãe	NS	-1,6 (-2,53)*
Ambos os pais partilham equitativamente a responsabilidade na disciplina dos filhos	NS	2,55 (2,02)*
R <sup>2</sup>	4,2%	4,1%

\*\*  $p < .05$  \*  $p < .01$ ; NS - Não significativo

**DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

**AMOSTRA**

**A DISCIPLINA PARENTAL NA INFÂNCIA DOS JOVENS ADULTOS**

**AS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO EM SAÚDE DOS JOVENS ADULTOS**

**A DISCIPLINA PARENTAL E AS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DOS JOVENS  
ADULTOS**

**VARIÁVEIS PREDITORAS DAS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DOS JOVENS  
ADULTOS**



## 4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Iniciamos este capítulo com uma reflexão sobre a caracterização da amostra. De seguida, apresentamos a discussão dos resultados sobre as práticas de autocuidado de saúde dos jovens adultos, tendo em conta o seu contexto pessoal e familiar; depois a disciplina parental nomeadamente os métodos disciplinares e o seu contexto e modo de implementação; seguindo-se as relações entre a disciplina parental e as práticas de autocuidado dos jovens adultos e por fim discutimos sobre as variáveis preditoras das práticas de autocuidado de saúde dos jovens adultos.

Antes de iniciarmos a discussão dos resultados, consideramos relevante salvaguardar que esta discussão se circunscreve a um estudo realizado com estudantes, que não são representativos da população dos jovens adultos portugueses dos 18 aos 24 anos. Ao mesmo tempo, temos consciência de que as áreas em estudo e a sua interface são sensíveis a múltiplos fatores de naturezas diversas e que esta investigação se debruçou apenas sobre alguns desses fatores. A nossa questão central assume uma natureza claramente exploratória e dela decorrem as particularidades dos resultados encontrados e das conclusões desta investigação. Esperamos, no entanto, contribuir de algum modo para aumentar o conhecimento científico sobre o desenvolvimento em saúde dos jovens adultos.

### 4.1 - AMOSTRA

Iniciamos a nossa reflexão com uma caracterização da amostra por idade. Assim, verifica-se que a população tem uma média de 19,8 anos e uma amplitude de variação de apenas 6 anos (dos 18 aos 24 anos). Esta fase da vida corresponde ao início da vida adulta, que se caracteriza por um nível progressivo de individualização e que se manifesta na capacidade para depender de si e tomar decisões autonomamente (Arnett, 2003; Piaget, 1972). A este nível espera-se que os jovens adultos já apresentem os recursos pessoais que permitam lidar com as tarefas que promovam a sua saúde, já que, estes estarão mais capazes de assumir a independência e a exploração autónoma (Clarke et al, n.d.).

Quanto às habilitações literárias dos jovens adultos da nossa amostra, pelo facto de termos optado por uma amostra de estudantes, numa faixa etária dos 18 aos 24 anos, não seria

espectável que a mesma acompanhasse a tendência nacional. Por quanto, 89,9% dos jovens adultos da nossa amostra possuem o ensino secundário, enquanto os jovens portugueses entre os 15 e os 24 anos, que concluíram o ensino secundário, representam apenas 50,2% da população, segundo dados da Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC) (2015).

Relativamente ao sexo, tratando-se de uma amostra estudantil maioritariamente do ensino superior, onde existe o predomínio da população feminina, esta não acompanha a proporção na distribuição da população por sexo, já que esta população é constituída por 69,4% de jovens do sexo feminino, e 30,6% do sexo masculino, em comparação com os grupos etários dos jovens (até 24 anos) do total da população, onde predominam os homens relativamente às mulheres, 13,1 % contra 12,6% respetivamente (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011).

Relativamente à nacionalidade dos estudantes da nossa amostra, estes são predominantemente portugueses (92%), acompanhando a tendência nacional, quando comparada com os 4,2% da população estrangeira em Portugal (INE, 2011). Relativamente às nacionalidades dos jovens adultos estrangeiros da nossa amostra, estas também são semelhantes aos dados nacionais, pois os jovens estrangeiros da nossa amostra são oriundos do Brasil (n=26 de 94), dos países africanos de língua oficial portuguesa (n=9 de 94) e do continente europeu (n=11 de 94). Estes dados acompanham o quadro dos dados nacionais da população estrangeira, também ela oriunda de países lusófonos como o Brasil e os PALOP e do continente europeu (INE, 2011).

Quanto ao estado civil dos jovens da nossa amostra, estes são predominantemente solteiros (97,5%), o que não é surpreendente, atendendo à faixa etária da nossa amostra, depois da comparação com os dados do indicador para a idade do casamento de 2011, que é de 29,5 anos para as mulheres e de 31,0 para os homens na população portuguesa (Walk, 2012), para mais se considerarmos que a média de idades da nossa amostra é 19, 8 anos e ainda se atendermos ao facto da formalização da relação conjugal, através do casamento, ter vindo a diminuir.

O resultado quanto ao número de filhos, e o facto de 98,7% não terem filhos, também está de acordo com o quadro dos dados nacionais, pois quando comparada a idade média da nossa amostra (19,8 anos) com a idade da mulher ao primeiro filho de (29,5 anos) em 2012 em Portugal, constatamos que esta se afasta bastante da idade da mulher para início dos nascimentos dos filhos.

Refletindo sobre o número de irmãos, 82,0% dos jovens adultos da nossa amostra têm um ou mais irmãos. O que pode corresponder a 2 ou mais filhos por casal, o que não é concordante

com o cenário nacional de 2011, segundo os dados do INE. Em Portugal aumentou o número de casais com um filho, representando atualmente mais de metade das situações; diminuíram os casais com três ou mais filhos e mantiveram-se os casais com dois filhos, mesmo para os casais recompostos, segundo dados do relatório da OFAP (Walk, 2012).

Quanto ao contexto familiar, e refletindo sobre as habilitações literárias dos pais dos jovens adultos da nossa amostra, em comparação com os resultados da população portuguesa, segundo dados de 2011 (Conselho Nacional de Educação [CNE], 2011), podemos verificar que estes acompanham a tendência nacional, embora ligeiramente inferior para o ensino secundário. Fazendo uma análise por sexo, verifica-se que as mães dos jovens da nossa amostra têm habilitações literárias maioritariamente do ensino secundário (28,9%), assim como os pais (25,4%) comparativamente com a população portuguesa dos 25 e os 64 anos que atingiu os 31,9% para o ensino secundário. No entanto, o mesmo não acontece para o ensino superior, pois segundo dados do mesmo relatório, só 15,4% da população portuguesa entre os 25 e os 64 anos tem o ensino superior, quando 23,1% das mães e 18,5% dos pais da nossa amostra têm o ensino superior. Podemos constatar que, tratando-se de uma população que provavelmente pertence à geração que iniciou a escolarização após a década de sessenta, onde se iniciou um processo de inversão da tendência de qualificação mais elevada dos homens, também, na nossa amostra, as mulheres apresentam níveis superiores de qualificação, comparativamente aos homens (CNE, 2011).

Quanto ao rendimento das famílias dos nossos estudantes, 49,4% tem um rendimento líquido inferior ou igual de 1.284,86 euros mensais, valor ligeiramente abaixo do rendimento líquido mensal médio dos portugueses, que é de cerca de 1.548 euros mensais, segundo dados disponíveis do INE referentes ao ano de 2009 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2015), seguida de perto, os jovens de famílias com rendimento mensal líquido entre 1.284,21 e os 2.953,50 euros a que corresponde 32,3% da nossa amostra.

O agregado familiar<sup>5</sup> é constituído em média por 3 a 4 pessoas, o que é um valor superior à dimensão média do agregado familiar nacional de 2,6 indivíduos, em 2011 (Walk, 2012).

Quanto à habitação, observa-se que 81,8% dos jovens adultos vivem em casa própria, o que, embora mais elevado do que o quadro nacional (73,4%), acompanha a tendência da maioria da população portuguesa que vive em casa própria, segundo os Censos de 2011 (INE, 2011).

---

<sup>5</sup> Agregado familiar: considera-se, na generalidade como um grupo de indivíduos, vinculados por relações jurídicas familiares, que vivem em comunhão de mesa e habitação e em economia familiar (INE, s. d.)

Analisando a situação conjugal, 77,4% dos pais biológicos são casados um com o outro. Este resultado não parece acompanhar as formas dominantes de organização familiar da população portuguesa, constituídas por “um casal” que se situam nos 59%, sendo o “casal com filhos” a estrutura predominante (35,2%), segundo dados de 2011 (Walk, 2012). Este resultado parece inserir-se num quadro nacional, correspondente a um pico da formalização da relação conjugal, através do casamento, ocorrido nos anos 60, 70 e 80 do século XX. Esta situação de conjugalidade, formalizada através do casamento, parece ser anterior a uma realidade, que tem vindo a modificar-se, nos modos de organização da vida familiar, na tendência para a informalização da conjugalidade, nomeadamente na queda da nupcialidade, num aumento de separação e divórcios; das uniões de facto; das famílias recompostas e dos nascimentos fora do casamento (Walk, 2012).

Ainda relacionado com a situação conjugal dos pais, podemos constatar que as figuras parentais dos jovens adultos da nossa amostra são maioritariamente, os seus pais biológicos, respetivamente a mãe biológica (96,0%) e o pai biológico (92,5%). Estes resultados traduzem uma realidade parental, que não parece ter sido influenciada pelas alterações da estrutura familiar tradicional, ocorridas na década de 2000 (INE, 2011). Hoje, tendencialmente a parentalidade é vivida em conjugalidades menos formalizadas, nomeadamente em formas de organização familiar de famílias recompostas. Mesmo analisando as outras figuras parentais que substituem a mãe e o pai, não surgem a madrasta e o padrasto, mas sim a avó com (n=26 de 33) e o avô (n=29 de 37). O resultado encontrado traduz-se numa forma de organização familiar essencialmente no quadro da vida em “casal com filhos”, parecendo este alheio às mudanças na estrutura familiar e às expectativas acerca dos papéis a desempenhar pelas figuras parentais, nas novas formas de organização familiar (Walk, 2012).

#### 4.2 - A DISCIPLINA PARENTAL NA INFÂNCIA DOS JOVENS ADULTOS

Em relação à discussão da disciplina parental na infância dos jovens adultos, apresentamos sequencialmente uma reflexão sobre os resultados dos maus comportamentos infantis tendo em conta a sua frequência e gravidade; a responsabilidade parental; os métodos disciplinares usados pelas mães e pelos pais perante os maus comportamentos dos filhos e ainda uma reflexão sobre o contexto e o modo de implementação da disciplina por ambos os pais, em que se observou associação estatisticamente significativa com os maus comportamentos infantis.

Como referido anteriormente, para compreender o comportamento disciplinar parental é necessário ter em conta a perceção dos maus comportamentos infantis, nomeadamente a sua frequência e gravidade. Pela recolha bibliográfica efetuada, pudemos constatar que a avaliação do mau comportamento infantil é uma dimensão que habitualmente está ausente nos instrumentos de avaliação da disciplina, razão pela qual não foram encontrados resultados que permitissem uma reflexão comparativa.

Neste estudo, a idade de referência aplicada, para apelo da memória a longo prazo, foi a de 10 anos, pois é uma altura na qual os adultos conseguem corresponder ao desafio de falar sobre períodos de referência anteriores à adolescência tal como se observou em estudos similares (Straus & Fauchier, 2007). Efetivamente, constatámos que os jovens adultos conseguiram recordar o seu próprio comportamento enquanto crianças, as práticas disciplinares parentais e a relação entre os seus pais.

Os comportamentos disciplinares parentais são influenciados pelo agravamento dos maus comportamentos infantis no sentido em que, o recurso a práticas coercivas está frequentemente associado ao agravamento dos maus comportamentos da criança (Straus & Fauchier, 2007). Na presente investigação, a informação da frequência e da gravidade dos maus comportamentos infantis revelou-se importante para a análise estatística da disciplina parental, nomeadamente dos métodos disciplinares e dos aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina.

Em relação à frequência dos maus comportamentos infantis, os jovens adultos tiveram em média, entre 1 e 2 maus comportamentos sem gravidade, por semana e entre 1 e 2 maus comportamentos com gravidade por mês.

Ainda que nesta idade já se observe uma tendência para diminuir a frequência dos maus comportamentos infantis, quando comparados com idades inferiores existe, contudo, a probabilidade de ser adotada uma variedade de maus comportamentos que justifiquem práticas disciplinares parentais (Fauchier & Straus, 2007b). Os resultados obtidos neste estudo sugerem a presença de um número subestimado de maus comportamentos infantis, tendo em conta a sua frequência, já que as crianças nesta idade (cerca dos 10 anos) apresentam com frequência maus comportamentos considerados normativos. Contudo esta é uma questão empírica que carece de investigações futuras particularmente em estudos sobre disciplina.

Quanto à responsabilidade na disciplina parental, durante a infância dos jovens adultos, constata-se que 46,0% dos jovens da nossa amostra, referem que a responsabilidade pela disciplina foi equitativa entre a mãe e o pai. No entanto 49% respondem que a mãe teve mais

responsabilidade pela sua disciplina, 27,6% respondem que a mãe teve muito mais responsabilidade e 21,4% citam que a mãe teve um pouco mais de responsabilidade, comparativamente ao pai. Os restantes 5% referem que o pai teve mais responsabilidade que a mãe. Estes resultados são similares ao estudo de Fauchier e Straus (2007b), para os valores da responsabilidade da mãe, mas não para os valores encontrados para o pai. Se no presente estudo encontrámos uma percentagem de 5% relativa à responsabilidade do pai e Fauchier e Straus (2007b) encontraram 38%.

No que toca à responsabilidade equitativa entre o pai e a mãe, o presente estudo revelou valores de 49%, enquanto no estudo de Fauchier e Straus (2007b), foi de apenas 16%. Os resultados obtidos nesta investigação enquadram-se numa dinâmica familiar, onde a mãe surge como a principal responsável pela disciplina parental. Contudo, quase metade dos jovens adultos referem que a disciplina parental é exercida por ambos pai e mãe de uma forma equitativa. Estes resultados traduzem uma realidade na dinâmica familiar em relação à participação dos pais na disciplina dos filhos, numa transição entre uma perspetiva conservadora e outra moderna, que tem sofrido modificações devido à evolução da sociedade e da cultura. A disparidade dos resultados neste âmbito poderá ser explicada pelo facto do estudo de Fauchier e Straus (2007b) ter sido realizado numa amostra de jovens adultos norte-americanos cuja sociedade, cultura, valores e princípios face às práticas de disciplina parental são diferentes à data da investigação do autor.

### Métodos Disciplinares Parentais

Consciente da importância de uma análise contextualizada dos métodos disciplinares em resposta aos maus comportamentos da criança, na medida em que a disciplina é aplicada com base naquilo que os pais consideram ser um mau comportamento infantil, este estudo pretendeu dar conta da possível relação entre os métodos disciplinares usados pelos pais e os maus comportamentos infantis, nomeadamente em função da sua frequência e gravidade.

Assim, os resultados deste estudo revelaram que os métodos disciplinares usados pelos pais estão associados aos comportamentos infantis, nomeadamente no que diz respeito à sua frequência e gravidade. De modo que, a um aumento da frequência dos maus comportamentos infantis corresponde um aumento da frequência dos métodos disciplinares, particularmente os métodos disciplinares punitivos.

No entanto, quanto à gravidade dos maus comportamentos infantis, pudemos observar diferenças no recurso aos métodos disciplinares punitivos e não punitivos. Assim, constatamos que a um aumento dos maus comportamentos sem gravidade, corresponde um aumento da frequência dos métodos disciplinares punitivos de ambos, pai e mãe e a um aumento da frequência dos métodos disciplinares não punitivos exercidos pelo pai. Já em relação aos maus comportamentos com gravidade, à medida que estes aumentam, também aumenta a frequência dos métodos disciplinares parentais (punitivos e não punitivos) dos pais. Todavia, neste caso, também se observou um aumento da frequência dos métodos disciplinares punitivos exercidos apenas pela mãe.

Na exploração dos resultados da frequência dos métodos disciplinares implementados pelos pais e pelas mães, verificamos que, de forma sistemática, os resultados sugerem que as mães recorrem com maior frequência aos métodos disciplinares que os pais, o que vai ao encontro do resultado obtido face à responsabilidade parental, onde também se observou que a mãe era a figura parental com maior responsabilidade pela disciplina parental. Também, em estudos similares anteriores, foram encontrados os mesmos resultados (Fauchier & Straus, 2007a; Calvete et al, 2010). Estes resultados sugerem, em consonância com os papéis parentais tradicionais, que no envolvimento dos pais na educação dos filhos, apesar do aumento observado nos últimos anos, estes continuam a ter um papel menor na educação dos filhos (Monteiro et al, 2008), se tivermos em conta que as práticas disciplinares são medidas educativas.

Analisando as possíveis diferenças nas frequências dos métodos disciplinares em função do sexo dos pais, pudemos constatar que os métodos não punitivos são os mais utilizados por pai e mãe, comparativamente com os métodos punitivos, resultado também encontrado em pais com práticas parentais igualitárias (Sabatini & Leaper, 2004). Tal resultado sugere a importância das diferenças culturais que podem influenciar a socialização parental. Outros estudos encontraram resultados semelhantes, evidenciando uma diminuição da frequência de práticas punitivas para populações idênticas (Fauchier & Straus, 2007a). Curiosamente, ao contrário do encontrado por Fauchier e Straus, (2007a) relativamente à disciplina indutiva, verificamos que, apesar de as mães recorrerem mais a esta disciplina em comparação com os pais, os pais recorrem mais à disciplina indutiva, comparativamente à disciplina punitiva, ao contrário das mães. Isto é, estes resultados sugerem que os pais recorrem em primeiro lugar a práticas não punitivas, de resto como as mães, no entanto, de seguida privilegiam o uso de práticas indutivas e só por último as práticas punitivas. Enquanto as mães, assim como os pais,

recorrem mais a práticas disciplinares não punitivas e ao contrário dos pais, recorrem mais ao uso de práticas punitivas, em detrimento das práticas disciplinares indutivas.

Estes resultados são semelhantes a outros, observados em estudos com populações idênticas, onde os pais que partilhavam a educação dos filhos de forma equitativa tinham mais probabilidade de usar a disciplina indutiva, comparativamente com os pais, com papéis parentais tradicionais (Sabatini & Leaper, 2004). Também, no presente estudo, quase cinquenta por cento dos jovens adultos referem que a disciplina parental é exercida pelos pais de uma forma equitativa, o que vem, de algum modo, reforçar a necessidade de se avaliar até que ponto variáveis sociais e familiares permitem explicar um padrão diferencial destes resultados, que demonstram uma tendência para uma diminuição das práticas punitivas do pai em famílias que partilham equitativamente a educação dos filhos.

Relativamente ao tipo de práticas disciplinares mais usadas pelos pais, este estudo revelou que, da disciplina não punitiva, as práticas mais frequentes foram: explicar/ensinar; seguida de recompensar; monitorizar; distrair; e por último, ignorar deliberadamente o mau comportamento. Estes resultados são muito semelhantes aos encontrados em estudos com populações semelhantes (Fauchier & Straus, 2007a; Calvete et al, 2010). Da disciplina punitiva, as práticas mais utilizadas pelos pais, surge em primeiro lugar a agressão psicológica, seguida de tarefas de penalização e comportamento restaurador; privação de privilégios e por último a punição física. Este resultado vem ao encontro de resultados de estudos anteriores (Fauchier & Straus, 2007a), que evidenciaram uma diminuição da frequência de práticas punitivas nomeadamente da punição física, em pais com práticas parentais igualitárias (Sabatini & Leaper, 2004). Tal resultado sugere a importância das diferenças culturais que podem influenciar a socialização parental (McKie et al, (2004). No entanto, apesar dos resultados revelarem uma diminuição da disciplina punitiva para os pais, e particularmente o uso da punição física, o mesmo já não se observa em relação à agressão psicológica. Pois a agressão psicológica é a prática disciplinar punitiva que apresenta maior frequência, para pai e mãe, contrariamente aos resultados de estudos similares (Fauchier & Straus, 2007a; Gámez-Guadix, et al, 2010). Curiosamente, também Calvete et al (2010), constatou que a agressão psicológica era a prática punitiva mais usada pelos pais, com filhos em idades entre os 15 e 17 anos, em comparação com os pais de crianças com idades entre os 12 e 14 anos. Do mesmo modo que verificou uma diminuição da punição física dos pais com filhos entre os 15 e 17 anos em comparação com filhos mais pequenos entre os 12 e 14 anos. Todavia, ainda que os resultados obtidos tenham suporte empírico concordante e discordante, de acordo com Hoffman, (1975,

2000) são as práticas disciplinares indutivas que apresentam resultados mais favoráveis para o desenvolvimento humano e, na presente investigação, os resultados obtidos demonstraram que as mesmas ainda não são as mais utilizadas em Portugal.

Relativamente ao reportório disciplinar, neste estudo verificou-se que as mães têm maior flexibilidade disciplinar<sup>6</sup> comparativamente com os pais, resultado que pode ser explicado pelo facto de as mães apresentarem maior frequência nas práticas disciplinares. Quanto ao esforço disciplinar, como forma de medir até que ponto os pais tentam corrigir o mau comportamento dos filhos, verificámos que, também as mães usam mais práticas disciplinares em resposta aos maus comportamentos disciplinares comparativamente aos pais, embora, em termos de resposta disciplinar face aos maus comportamentos dos filhos, não exista diferença significativa entre as mães e os pais. Mais uma vez, o presente resultado obtido poderá ser explicado pelo facto de as mães estarem mais presentes nas práticas parentais disciplinares, na transição para uma postura mais moderna onde ambos, pai e mãe estão igualmente presentes.

#### Aspetos do Contexto e do Modo de Implementação da Disciplina

Quanto aos aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina, tal como referido anteriormente, a mesma prática disciplinar pode ter efeitos diferentes, em função do contexto e do modo da sua implementação. O contexto e a forma como a disciplina é implementada podem, em alguns casos, ser mais importantes que determinadas práticas disciplinares (Straus & Fauchier, 2007).

Neste estudo, constatou-se que as mães têm scores médios dos aspetos contextuais e do modo como se exerce a disciplina, significativamente superiores aos pais. O que pode ser explicado pelo facto de a mãe ter mais responsabilidade na disciplina dos filhos, comparativamente com o pai e conseqüentemente maior frequência de métodos disciplinares, o que a coloca com maior frequência em situações disciplinares perante os maus comportamentos disciplinares. Estes resultados são semelhantes aos encontrados no estudo com populações idênticas (Straus & Fauchier, 2007).

Através da análise dos resultados da associação dos aspetos do contexto em que a disciplina é exercida com a frequência do mau comportamento, observou-se uma correlação, estatisticamente significativa, da frequência do mau comportamento, independentemente da

---

<sup>6</sup> Para a avaliação da flexibilidade disciplinar, todas as escalas disciplinares são incluídas, com a exceção das escalas da punição física e da agressão psicológica, por não serem recomendadas.

gravidade, com o *stress*, o conflito entre os pais e a ineficácia percebida da disciplina, para os ambos, pai e mãe, no sentido diretamente proporcional. Isto é, à medida que aumenta a frequência dos maus comportamentos infantis, mesmo que estes sejam sem gravidade, aumenta o stress de ambos, pai e mãe e os conflitos entre si, acerca das regras impostas e da forma como cada pai corrige o mau comportamento dos filhos, assim como aumenta a percepção de ineficácia de ambos, na correção dos maus comportamentos dos filhos. Quando se trata do aumento do mau comportamento infantil com gravidade também aumenta a percepção de ineficácia de ambos, pai e mãe e aumenta o *stress* apenas para a mãe. No entanto, é importante referir que os valores das correlações; observados neste estudo; foram inadmissíveis, o que pode dever-se ao reduzido número de itens de cada subescala, induzindo *Alphas de Cronbach* baixos.

Relativamente ao modo de implementação da disciplina, diminui o enquadramento cognitivo e a afetividade/apoio para ambos, pai e mãe e aumenta a impulsividade, à medida que aumenta a frequência dos maus comportamentos infantis, mesmo que estes sejam sem gravidade. No caso do aumento da frequência dos maus comportamentos infantis com gravidade, aumenta a impulsividade apenas para a mãe. No entanto, à semelhança do observado nas correlações dos aspetos do contexto, também relativamente ao modo como a disciplina foi implementada, os valores das correlações, observados neste estudo, foram inadmissíveis, o que pode dever-se, igualmente ao número reduzido de itens da afetividade/apoio, do enquadramento cognitivo e da impulsividade.

Uma análise mais aprofundada da associação do contexto e o modo de implementação da disciplina com a frequência e a gravidade dos maus comportamentos infantis, pudemos constatar que as alterações observadas no contexto e no modo como a disciplina é exercida se dão no sentido negativo. Isto é, à medida que aumenta a frequência dos maus comportamentos infantis, sejam eles com ou sem gravidade, também aumenta a frequência com que ambos, pai e mãe, adotam comportamentos negativos, tais como: o conflito entre os pais; o *stress* e a ineficácia percebida da disciplina. Curiosamente, o aumento da frequência dos maus comportamentos infantis, no caso de serem com gravidade, leva a um aumento da ineficácia percebida da disciplina de ambos, pai e mãe, e as mães a apresentarem maior nível de *stress*, e de impulsividade. Isto é, estas tendem a ficar mais zangadas e exaustas devido aos maus comportamentos com gravidade dos filhos e a aumentar a tendência para agirem por impulso do momento, enquanto o mesmo não se observa no pai.

Enquanto cuidadora primordial, a mãe observa com mais frequência os maus comportamentos dos seus filhos, comparativamente ao pai, se tivermos em conta, tal como pudemos constatar

pelos resultados, que a mãe é a figura parental com maior frequência de práticas disciplinares comparativamente ao pai. Tal, é uma possível explicação para que a mãe esteja mais suscetível para não gerir tão eficazmente as suas emoções, que os maus comportamentos com gravidade dos filhos lhe podem provocar. No sentido em que, com o agravamento do mau comportamento infantil a resposta parental é instigada pelo mau comportamento da criança (Straus & Fauchier, 2007). Também pode acontecer que a mãe, ao confrontar-se, com mais frequência, com situações que a levam a exercer a disciplina perante os maus comportamentos dos seus filhos, em simultâneo com outros cuidados, e/ou tarefas domésticas, apresente uma maior suscetibilidade para uma gestão ineficaz das suas emoções, por razões de exaustão ou cansaço associados, ao contrário do pai que realiza frequentemente os cuidados de forma exclusiva. Em última instância, tal situação pode levar a que a mãe possa, com mais frequência, apresentar *stress* e a sua disciplina ser impulsiva.

Outra hipótese explicativa dos resultados obtidos é a mãe requerer a intervenção do pai para situações disciplinares posteriores, perante os maus comportamentos infantis com gravidade. Deste modo, o pai exerceria a disciplina em melhores condições e como consequência diminuía a probabilidade de experienciar *stress*, cansaço ou mesmo exaustão. Esta hipótese pode contribuir para a explicação de não se observar para o pai a correlação que se observa para a mãe entre o *stress* e a impulsividade em resposta aos maus comportamentos com gravidade. No entanto, sendo apenas possíveis explicações, este resultado carece de investigação futura.

Uma vez analisadas as possíveis relações entre os maus comportamentos infantis e a disciplina parental, particularmente a frequência e a gravidade dos maus comportamentos, os métodos disciplinares, a forma e o contexto em que a mesma é exercida, pudemos constatar que, à medida que aumenta a frequência dos maus comportamentos, também aumenta o risco da disciplina parental não ser desenvolvimental. No sentido em que, as mudanças na disciplina parental face a um aumento dos comportamentos infantis, mudanças observadas neste estudo, todas elas foram no sentido negativo. Isto é, observou-se um aumento da frequência dos métodos disciplinares particularmente, dos métodos disciplinares punitivos; uma diminuição do enquadramento cognitivo e da afetividade/apoio e um aumento da impulsividade; da ineficácia percebida da disciplina e do *stress*. Tais mudanças parecem concorrer para um aumento do risco da situação disciplinar não ser a mais adequada às necessidades educativas da criança, com possíveis implicações futuras, na adoção de comportamentos adequados face aos desafios de desenvolvimento posterior. Todavia, como já referimos anteriormente, o mau comportamento infantil está geralmente ausente nos instrumentos de avaliação da disciplina, o

que impediu uma reflexão mais aprofundada sobre o sentido das mudanças observadas neste estudo.

Quando se trata de maus comportamentos com gravidade, as diferenças observadas vão no sentido negativo, de forma particular para os comportamentos maternos comparativamente aos paternos. Na medida em que, a um aumento dos maus comportamentos infantis com gravidade, observou-se um aumento da frequência dos métodos disciplinares punitivos exercidos apenas pela mãe, e, quanto ao contexto e ao modo de implementação da disciplina também se observou um aumento do nível de *stress* e da impulsividade apenas para a mãe. Pela pesquisa efetuada não foi possível encontrar estudos que permitissem comparações com estes resultados. Contudo, estes permitiram concluir que, para a avaliação da disciplina parental, é necessário ter em conta a frequência e a gravidade dos maus comportamentos infantis, pois as mudanças dos métodos, do contexto e do modo de exercício da disciplina estão associadas aos referidos comportamentos, e com respostas diferentes entre as mães e os pais.

Mais ainda, se tivermos em conta que a um aumento da frequência dos maus comportamentos infantis, também corresponde um aumento da frequência dos métodos disciplinares punitivos e um aumento dos aspetos negativos do contexto e do modo de implementação da disciplina, como observámos no presente estudo. Surge, como ainda mais relevante, para uma análise dos efeitos da disciplina parental no desenvolvimento infantil, a adoção de um modelo analítico do processo disciplinar, que inclua não só os métodos disciplinares, mas também os aspetos do contexto e do modo do exercício da disciplina, conjuntamente com os maus comportamentos infantis. No entanto é necessária mais investigação sobre esta problemática.

#### 4.3 - AS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DOS JOVENS ADULTOS

Os resultados desta investigação indicaram que os jovens adultos deste estudo se avaliam a si mesmos, com uma realização de práticas de autocuidado em saúde de 47% do seu tempo. Este valor, quando comparado com outros estudos, é um valor baixo. Por exemplo, um estudo que envolveu adolescentes saudáveis encontrou uma percentagem de 58% do tempo gasto em práticas de autocuidado em saúde (McCaleb & Cul, 2000). Outro estudo, com indivíduos adultos saudáveis (com uma média de idades de 42 anos), obteve um resultado de 68% do tempo gasto em práticas de autocuidado em saúde (Andrews et al, 2009). Dashiff et al (2006), num

estudo cuja amostra era de adolescentes com diabetes tipo I, encontrou uma média percentual de 75%.

Pelos resultados da presente investigação verificámos que, de todas as práticas de autocuidado em saúde, 49% do tempo é dedicado aos autocuidados gerais de saúde e aos autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social. Este resultado é baixo comparativamente a outro estudo que envolveu adolescentes, onde o tempo dedicado aos mesmos autocuidados foi de 79% (McCaleb & Cull, 2000). Para além disso, a mais baixa percentagem de tempo gasto pelos jovens adultos encontrada neste estudo foi de 42% nos autocuidados associados a uma alimentação equilibrada. Este resultado vai ao encontro dos do estudo de McCaleb e Cull (2000) com adolescentes e relativo às mesmas práticas de autocuidado. No entanto, outro estudo revelou uma média percentual de tempo gasto em autocuidados associadas à alimentação equilibrada de 90%, os participantes deste estudo eram adolescentes com diabetes tipo I (Dashiff et al, 2006).

Os resultados das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, encontrados nesta investigação, constituem um desafio aos profissionais de saúde, particularmente aos enfermeiros, enquanto facilitadores e educadores. Como sabemos, o desenvolvimento humano traz consigo, em cada etapa, novas exigências, desafios e oportunidades de crescimento pessoal, que implicam prioridades em saúde, distintas em função do ciclo de vida. Contudo, sendo exetável que os jovens adultos tenham alcançado um nível de autonomia e responsabilidade, tornando-se responsáveis pelas suas decisões e ações, nomeadamente pelos seus autocuidados em saúde (WHO, 2005), tal facto não parece ter-se observado neste estudo, pois o envolvimento em práticas de autocuidado em saúde dos jovens deste estudo é francamente baixo.

Os baixos resultados, encontrados nesta investigação, exigem uma reflexão sobre as necessidades em saúde, em função da faixa etária em que cada pessoa se situa e a necessidade da promoção da responsabilidade pela saúde a nível individual. A faixa etária dos 18 aos 24 anos, é uma fase desenvolvimental em que os jovens se distanciam do apoio e proteção dos pais, particularmente nas atividades de vida diária, para se responsabilizarem progressivamente pelas suas decisões e ações. Além disso, também se constitui um período em que novos desafios de autonomização na vida familiar, social e académica surgem e carecem de tempo e de prática até enraizarem e automatizarem. Perante estes resultados, parece emergir a necessidade de consciencializar os jovens, para o valor que significa a saúde e a necessidade de informação sobre a importância do autocuidado para a saúde. Acresce a necessidade de motivação e incentivo dos jovens adultos para a promoção do autocuidado em saúde.

Das dimensões das práticas de autocuidado em saúde identificadas nesta investigação, os jovens adultos obtiveram os maiores scores em autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social tais como, autocuidados associados ao equilíbrio entre o tempo passado sozinho e o tempo passado com outras pessoas. Estes resultados indicam que os participantes deste estudo privilegiam os comportamentos que proporcionam equilíbrio na socialização, dedicando-lhes mais tempo. Tendo em conta que os jovens deste estudo se encontram numa fase de desenvolvimento em que se intensifica a atividade social fora da família nuclear, este facto pode ajudar na interpretação destes resultados.

Também o facto de terem alcançado recentemente a responsabilidade e a autonomia, pode ter implicações na internalização do seu papel de autocuidador e de futuro cuidador, o que pode ajudar na explicação da maior percentagem do seu tempo dedicado aos autocuidados gerais de saúde, nomeadamente os autocuidados de autorregulação associadas à atividade e descanso e à segurança e no cumprimento das suas decisões relativas à sua saúde, assim como em ações que considera necessárias para cuidar bem da sua saúde.

Já os resultados encontrados, relativos à pontuação dos autocuidados dedicados à alimentação (42%), nomeadamente o tempo gasto em ações, como tomar o pequeno-almoço ou ingerir uma alimentação equilibrada, parecem dar conta da pouca importância que esta área tem para os jovens adultos, facto observado neste estudo. Estes resultados parecem indicar que as questões da alimentação não são prioritárias relativamente às questões da socialização e da segurança. Outra explicação para a baixa pontuação dos autocuidados para uma alimentação equilibrada pode estar ligada às características desta população. Trata-se de uma população estudantil, em que a maior percentagem é de estudantes universitários (89,9%) sendo comum a grande maioria dos estudantes do ensino superior sair da sua família para residir temporariamente na localidade do estabelecimento de ensino que frequenta. Com a mudança para uma residência afastada da família nuclear, a responsabilidade pela sua alimentação, tarefa que em sua casa, estaria assegurada pelos pais/mães, passou a ser da sua responsabilidade. A ser assim, estes resultados expressam o baixo envolvimento dos jovens adultos deste estudo em ações, como tomar o pequeno-almoço ou ingerir uma alimentação equilibrada, resultado da sua inexperiência numa área cuidativa, que envolve tarefas que muito recentemente eram da responsabilidade dos pais. Também, da comparação deste resultado com outros estudos similares, sugere-se que a importância dada à área cuidativa da alimentação possa ser influenciada pelo valor que os jovens lhe atribuem, como um comportamento importante para a sua saúde. Por isso, esta dimensão se revelou extremamente importante na gestão da doença em adolescentes diabéticos,

como foi observado no estudo de Dashiff et al (2006). As exigências nutricionais associadas à gestão da diabetes tipo I parecem ter contribuído para um maior envolvimento nas práticas nutricionais dos adolescentes, de forma que as práticas associadas a uma alimentação saudável se tornaram uma prioridade nas práticas em saúde para aqueles adolescentes (Dashiff et al, 2006). Por outro lado, o conhecimento de nutrição, adquirido no âmbito da intervenção educativa relacionada com a gestão da diabetes, pode ter contribuído para uma maior adesão às práticas de autocuidado no âmbito da alimentação saudável. Também um estudo com adolescentes com fibrose quística identificou a atenção dada à saúde como preditor do autocuidado de saúde (Baker & Denyes, 2008). O nível de conhecimentos dos adolescentes foi igualmente identificado como fator determinante das práticas de autocuidado, sendo que, quanto mais conhecimento, maior envolvimento nas práticas de autocuidado (Badzedk et al, 1998; citados por Sidani, 2012).

Os estudos de caracterização das práticas de autocuidado em saúde têm vindo a ser classicamente ligados aos projetos terapêuticos de enfermagem, em resposta às necessidades impostas pelas situações de doenças, nomeadamente em função da gestão dos problemas de saúde, resultantes da doença crónica e do seu tratamento. Perante os resultados do presente estudo, em comparação com estudos consultados e com o referencial teórico que nos norteou, parece ser necessária mais investigação sobre a construção das práticas de autocuidado em saúde envolvendo populações saudáveis. Pois fica por esclarecer se os fatores que influenciam a construção das práticas de autocuidado universais são os mesmos em populações saudáveis, em comparação com populações com necessidades de desenvolver os autocuidados específicos ligados aos défices de autocuidado impostos pelos processos de doença e se a influência desses fatores se observa no mesmo sentido ou em sentidos diferentes.

#### 4.3.1 - As práticas de autocuidado dos jovens adultos e o seu contexto pessoal

Os resultados deste estudo, referentes às práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos e a sua associação com a idade, permitiram constatar que a idade dentro do grupo dos jovens adultos não se revelou determinante das práticas de autocuidado em saúde. Ao contrário do encontrado nesta investigação, a idade foi fator preditor das práticas de autocuidado em saúde, num estudo que envolveu adolescentes com idades entre os 11 e os 20 anos de idade onde os adolescentes mais velhos tiveram níveis mais elevados de práticas de autocuidado em saúde (Denes, 1988). A idade pode ter sido significativa, dado que a faixa etária sendo maior,

permitiu captar uma maior variação nas práticas de autocuidado, num período onde as transformações desenvolvimentais são bastante evidenciadas. Já outro estudo encontrou diferenças entre os adolescentes de 15 e 16 anos, mas apenas nas ações associadas ao equilíbrio entre o repouso e atividade, sendo que os adolescentes de 16 anos tinham níveis mais baixos dessas práticas de autocuidado (McCaleb & Cull, 2000).

Tais resultados podem sugerir que as diferenças desenvolvimentais entre os adolescentes ajudem na interpretação das diferenças observadas nos *scores* das práticas de autocuidado nos estudos consultados (Denyes, 1988), enquanto a faixa etária dos jovens adultos do presente estudo, sendo dos 18 aos 24 anos, pode não ter permitido captar uma variação nas práticas de autocuidado a ponto de a idade se constituir como um fator significativo.

Sobre a constatação de que a idade não teve influência significativa nas práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos é de notar que a idade é referida como um fator condicionante básico correlacionado com o autocuidado (Orem, 2001) e os estudos consultados têm vindo a demonstrar que o processo de aprendizagem do autocuidado é desenvolvido ao longo do tempo (McCaleb & Edgil 1994; McCaleb & Cull, 2000; Baker, 1997; Taylor, 2008). Deste modo, sugere-se mais investigação sobre a forma como o autocuidado se correlaciona com um fator pessoal, como a idade.

Quanto aos resultados deste estudo, referentes às práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos e a sua associação com o sexo, estes permitiram constatar uma associação significativa com as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos.

Nesta investigação observou-se que os jovens adultos do sexo feminino têm *scores* significativamente mais elevados das práticas de autocuidado de saúde, comparativamente aos jovens do sexo masculino. Também estudos com adolescentes, chegaram aos mesmos resultados (Dashiff et al, 2006; Callaghan, 2006). Em estudos com populações adultas, as mulheres obtiveram igualmente maior *score* de práticas de autocuidado em saúde comparativamente com os homens, (Rodeman et al, 1995, citados por Sidani, 2012). Ao contrário dos resultados do presente estudo, noutros estudos com adolescentes, observou-se que os jovens do sexo masculino tiveram maior nível de práticas de autocuidado em saúde relacionadas com a subescala das ações gerais de saúde Denyes (1982, 1988). Também outro estudo com adolescentes, constatou que os jovens do sexo masculino obtiveram maior pontuação em todas as dimensões de práticas de autocuidado em saúde, em comparação com os adolescentes do sexo feminino, com a exceção das ações relativas à segurança, em que os

adolescentes do sexo feminino obtiveram maior *score* comparativamente aos adolescentes do sexo masculino (McCaleb & Cull, 2000).

Nas subescalas das práticas de autocuidado em saúde, as jovens adultas do presente estudo tiveram scores superiores nas subescalas dos autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social, nomeadamente nas ações associadas à segurança e eliminação e ao equilíbrio entre repouso e atividade; e ao equilíbrio entre estar só e estar na companhia de outras pessoas. As jovens adultas deste estudo tiveram ainda scores superiores aos dos jovens adultos do sexo masculino, nos autocuidados associados a uma alimentação equilibrada como, tomar o pequeno-almoço; ingerir alimentos necessários à sua saúde; ingerir uma alimentação equilibrada e manter uma alimentação saudável. No entanto, já não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos autocuidados gerais de saúde como, cuidar bem da sua saúde; cumprir decisões que tomou relativas à sua saúde e alcançar o nível de atividade que considera necessário para a sua saúde.

A constatação é de que o sexo é um fator que influencia as práticas de autocuidado. De resto, confirmando os resultados de outros estudos, esta variável, segundo os resultados desta investigação, influencia o autocuidado em saúde, embora não se tenha verificado a sua influência na mesma direção observada em outros estudos. Assim, e também considerando que o sexo é um fator determinante em saúde, na medida em que influencia o significado atribuído ao mesmo, com repercussões nas atitudes pessoais em relação à preservação da saúde e de padrões de utilização dos serviços de saúde, podendo explicar algumas desigualdades observadas entre a saúde das mulheres e dos homens (Siddiqui et al, 2007; Prazeres, 2007). Estes resultados sugerem a necessidade de uma análise mais aprofundada da influência do sexo nas práticas de autocuidado em saúde pelas repercussões que estas têm na saúde. Porquanto, neste estudo, observa-se que esta variável influencia o autocuidado em saúde, mas nem sempre na mesma direção observada em outros estudos.

#### **4.3.2 - As práticas de autocuidado dos jovens adultos e o seu contexto familiar**

Os resultados referentes ao efeito das variáveis do contexto familiar nas práticas de autocuidado de saúde dos jovens adultos, nomeadamente as habilitações literárias dos pais e o rendimento familiar, mostraram que as habilitações literárias dos pais não se associam às práticas de autocuidado dos jovens adultos de ambos os sexos. Quanto ao rendimento familiar, observou-

se que esta variável tem uma influência com significância estatística nas práticas de autocuidado de saúde e nas subescalas das ações específicas de autorregulação pessoal e de envolvimento social e das ações gerais de saúde, constatando-se que quanto mais elevado é o rendimento familiar, menores são os *scores* destas subescalas do DSCPI-90, para os jovens adultos do sexo masculino. No entanto, não se verifica associação com significância estatística para as jovens adultas.

A exploração destes resultados sugere que, à medida que aumenta o rendimento familiar, diminui o envolvimento dos jovens do sexo masculino nas práticas de autocuidado em saúde e, em particular, nas ações específicas de segurança e eliminação; gestão do repouso e atividade; equilíbrio entre estar só e estar na companhia de outras pessoas e nos autocuidados gerais de saúde, nas ações como cuidar bem da sua saúde; cumprir decisões relativas à sua saúde e alcançar o nível de atividade que consideram necessário para a sua saúde. Estes resultados não são coerentes com estudos anteriores, já que o rendimento familiar adequado foi identificado como fator que influencia positivamente o autocuidado em crianças e adolescentes (Callaghan, 2006). À semelhança do que se encontrou em estudos com populações de crianças e adolescentes e populações adultas, o maior nível socioeconómico foi consistentemente associado com maior desempenho de práticas de autocuidado, particularmente em pessoas com carcinoma (Hanucharurnkul, 1989, citado por Sidani, 2012); idosas (Wang & Lee, 1999, citados Sidani, 2012) e idosos (Nicholas, 1993, citado por Sidani, 2012). É interessante realçar que o resultado do presente estudo vem ao encontro de outro estudo que também revela associação entre o menor rendimento familiar e o aumento das práticas de autocuidado em adolescentes (McCaleb & Edgil, 1994).

A constatação da influência do rendimento familiar nas práticas de autocuidado em saúde, encontrada nesta investigação, contraria os argumentos que sustentam a sua associação em estudos anteriores. Pois, nesses estudos, as razões que sustentam a sua influência vão no sentido do baixo rendimento limitar o acesso aos recursos para lidar com as experiências adversas da vida (Shonkoff & Phillips, 2000), e limitar a acessibilidade a recursos tais como cuidados de saúde e outros cuidados como a educação, recursos que exercem uma forte influência na saúde e no desenvolvimento (Hertzman & Wiens, 1996).

Os resultados da presente investigação sugerem a necessidade de uma exploração mais aprofundada sobre o modo como o aumento do rendimento familiar possa estar associado a uma diminuição das práticas de autocuidados em saúde dos jovens adultos do sexo masculino.

#### 4.5 - AS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DOS JOVENS ADULTOS E A DISCIPLINA PARENTAL

Para uma análise detalhada dos resultados referentes à relação da disciplina parental com as práticas de autocuidado em saúde, incluímos a frequência dos maus comportamentos infantis; a responsabilidade parental; os métodos disciplinares parentais e os aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina parental.

Através da análise dos resultados referentes à relação da frequência dos maus comportamentos infantis com as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, constatou-se que não existe qualquer associação estatisticamente significativa da frequência de maus comportamentos infantis, tanto nas práticas de autocuidado de saúde como nas suas diferentes dimensões, avaliadas através do DSCPI-90, para os jovens adultos de ambos os sexos.

Quanto à influência dos métodos disciplinares parentais nas práticas de autocuidado em saúde e nas suas subescalas, também não se observou associação estatisticamente significativa entre os métodos disciplinares e as práticas de autocuidado de saúde dos jovens adultos de ambos os sexos, avaliadas com o DSCPI-90.

Através dos resultados referentes ao impacto da responsabilidade parental na disciplina, nas práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, não se observou qualquer associação estatisticamente significativa entre a responsabilidade parental na disciplina e as dimensões das práticas de autocuidado de saúde, para os jovens adultos do sexo masculino.

Já, relativamente às jovens adultas, constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre o reconhecimento de que ambos os pais exercem a disciplina de forma equitativa com as práticas de autocuidado de saúde. De modo que as jovens adultas, que reconheceram os pais a exercerem a disciplina de forma equitativa, apresentaram *scores* significativamente mais elevados das práticas de autocuidado de saúde. É importante salientar-se que, neste estudo, a maior percentagem de participação do pai na responsabilidade parental observou-se na situação de partilha equitativa da responsabilidade na disciplina parental, como referido anteriormente.

Através da pesquisa bibliográfica efetuada não foram encontrados estudos que permitissem fazer comparações com estes resultados. No entanto, estudos realizados sobre os efeitos da disciplina parental, evidenciaram que as crianças cujos pais exerceram a disciplina de forma

igualitária tiveram menos tendência a terem problemas de comportamento (Fauchier & Straus, 2007b).

Na explanação destes resultados parece ser pertinente considerar a natureza da interação pais/filhos na correção dos maus comportamentos infantis. Como foi referido anteriormente, a disciplina parental corretiva exerce-se em momentos de interação pais/criança, com o objetivo de levar a criança a ponderar a modificação dos seus comportamentos perante os comportamentos disciplinares parentais adotados (Lubi, 2003). Os confrontos resultantes da autoafirmação da criança e dos esforços parentais para impor limites e regras de conduta, resultam com frequência em episódios de frustração e contrariedade (Campbell, 2008). Perante estes resultados parece-nos ser plausível considerar que, se ambos os pais contribuírem de forma equitativa na disciplina corretiva, a gestão dos conflitos, inevitavelmente existente entre os pais e os filhos será tendencialmente mais favorável ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade. Também, conforme estudos consultados, pudemos constatar que os pais igualitários tinham mais tendência a usar a disciplina indutiva e menos tendência a usar a punição física ou psicológica, comparativamente com os pais com menos envolvimento na parentalidade (Fauchier & Straus, 2007b). Desta forma a qualidade da interação pais/criança apresenta-se mais favorável a que a criança adquira a capacidade de se conduzir e tomar as decisões por si própria, levando em conta as regras, a sua perspetiva pessoal, bem como a perspetiva dos seus pais (Piaget, 1998). Da mesma forma, pode influenciar o desenvolvimento das práticas de autocuidado em saúde, na medida em que a qualidade da interação pais/criança ao proporcionar o desenvolvimento da autorresponsabilidade pelas ações e atitudes, vai proporcionar o desenvolvimento de uma autoridade interna reguladora de condutas e escolhas para assegurar o desenvolvimento pessoal, num quadro de condições que são essenciais à vida, de uma forma autónoma, consistente, intencional e efetiva (Soderhamn, 2000; Orem, 2001).

Contudo, é importante realçar que, no presente estudo, a associação da disciplina parental, exercida de forma igualitária com maior *score* de práticas de autocuidado, observa-se apenas para as jovens adultas. Tais resultados sugerem a necessidade de mais investigação por forma a compreender as diferenças de género.

Quanto às variáveis contextuais da disciplina parental e do modo com esta é exercida e a sua associação com as práticas de autocuidado em saúde, constatou-se que não existe qualquer associação estatisticamente significativa entre as variáveis do contexto e do modo de implementação da disciplina parental exercida pela mãe e as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos de ambos os sexos. No entanto, num olhar sobre as mesmas variáveis, mas

de uma forma distributiva pelos jovens do sexo masculino e do sexo feminino, observou-se uma associação, estatisticamente significativa, da confiança manifestada pelo pai no exercício da disciplina com os autocuidados associados a uma alimentação equilibrada, apenas para as jovens adultas. Dito de outro modo, os autocuidados para uma alimentação equilibrada, como tomar o pequeno almoço; ingerir alimentos necessários à sua saúde; ingerir uma alimentação equilibrada e manter uma alimentação saudável, estão associados à confiança que o pai expressa quando corrige os maus comportamentos das suas filhas.

Como já foi referido anteriormente, a saída dos jovens adultos da sua família, impõe-lhes vários desafios, nomeadamente assumirem a responsabilidade por um conjunto de práticas autocuidativas que anteriormente eram da responsabilidade dos seus pais. Provavelmente, uma grande percentagem dos jovens adultos deste estudo encontra-se num processo inicial de capacitação para as práticas de autocuidado necessárias para providenciarem uma alimentação equilibrada. Tarefa que, muito recentemente, era da responsabilidade dos seus pais/mães. Deste modo, a maior pontuação das práticas de autocuidado ligadas a uma alimentação equilibrada apresentada pelas jovens adultas pode ser explicada pela maior confiança manifestada pelo pai na implementação da disciplina corretiva na sua infância, na medida em que esta influencia o desenvolvimento de competências cognitivas necessárias para exercer as ações de autocuidado, nomeadamente a capacidade de decisão e as capacidades psicossociais, como a motivação e a auto eficácia (Lantz et al, 1995, citados por Sidani, 2012; Burks, 1999).

No entanto, mais uma vez, são necessários estudos futuros para aprofundar a compreensão do processo de aprendizagem do autocuidado em função do género, dado que o presente estudo foi de carácter transversal e exploratório para a população jovem adulta portuguesa.

Na continuação da abordagem da influência das variáveis do modo como o pai exerce a disciplina parental nas práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, constatámos que, a uma maior pontuação da afetividade/apoio e do aviso na disciplina exercida pelo pai, está associada uma maior pontuação dos autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social das jovens adultas. Face ao resultado relativo ao modo como o pai exerce a disciplina parental perante os maus comportamentos infantis e a sua associação com as práticas de autocuidado em saúde das jovens adultas deste estudo, não é possível a sua comparação com outros estudos, pois não foram encontrados estudos similares nesta área.

Contudo, Cabrera et al (2007) verificaram que os filhos (ambos os sexos) de pais que participavam com maior regularidade nos seus cuidados, tinham valores de segurança mais

elevados, comparativamente com as crianças de pais menos envolvidos. Outros estudos, no âmbito da paternidade, observaram benefícios do envolvimento saudável dos pais na educação dos filhos ao nível do funcionamento social, emocional e cognitivo das crianças desde a infância (Lamb, 2012). Todavia, estes estudos referem-se à associação do envolvimento do pai na parentalidade de forma não discriminada por sexo dos filhos. Nestes estudos, foi avaliado o envolvimento paterno e não o modo desse envolvimento, assim como foi feita a avaliação da participação do pai nos cuidados aos seus filhos, no geral e não especificamente na disciplina parental como dimensão da parentalidade.

Estes resultados revelaram que variáveis do contexto da disciplina parental explicam diferenças nos níveis das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, mas apenas da disciplina exercida pelo pai perante os maus comportamentos infantis das jovens adultas, nomeadamente a confiança manifestada pelo pai. Quanto ao modo como os pais exercem a disciplina, este também explica diferenças nos níveis de práticas de autocuidado das jovens adultas. Nomeadamente, a afetividade/apoio e o aviso do pai.

Curiosamente, estes resultados revelaram que os significados atribuídos ao que os pais fazem e ao modo como o fazem, são diferentes para os filhos, em função de ser o pai ou mãe a fazê-lo e se é filho ou filha. Também a influência destas variáveis se observou em diferentes dimensões das práticas de autocuidado. As variáveis do contexto e do modo como a disciplina parental é exercida perante os maus comportamentos infantis, por se tratarem de variáveis preditoras do autocuidado dos jovens adultos, serão abordadas mais à frente.

#### 4.6 - VARIÁVEIS PREDITORAS DAS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO DOS JOVENS ADULTOS

A análise de regressão resultou num modelo que inclui as seguintes variáveis preditoras das práticas de autocuidado de saúde dos jovens adultos deste estudo: o rendimento familiar; o reconhecimento de que ambos os pais exercem a disciplina de forma equitativa; a disciplina punitiva; o contexto em que se implementa a disciplina; a afetividade/apoio; a impulsividade e o aviso no exercício da disciplina.

Do contexto familiar, a única variável preditora das práticas de autocuidado de saúde dos jovens adultos, do domínio familiar, foi o rendimento económico familiar. Este resultado também foi encontrado em vários estudos realizados na área da saúde (Hanucharunkul, 1989, Nicholas,

1993, Wang & Lee, 1999, citados por Sidani, 2012; Hertzman & Wiens, 1996; Shonkoff & Phillips, 2000; Callaghan, 2006). Contudo não deixa de ser surpreendente o facto de, neste estudo, o rendimento económico ter uma influência nas práticas de autocuidado não pelos mesmos argumentos dos diversos estudos realizados, onde os baixos rendimentos das pessoas condicionaram a acessibilidade a recursos de várias ordens, com repercussões negativas na saúde e no desenvolvimento (Hertzman & Wiens, 1996; Shonkoff & Phillips, 2000). Neste estudo, o maior rendimento familiar revelou-se preditor de menor nível de autocuidados de autorregulação pessoal e o envolvimento social, mas apenas para os jovens adultos do sexo masculino. Esta constatação não pode ser explicada pelas razões evocadas nos estudos anteriormente citados. Aqui, a questão não se trata de condicionar o acesso a recursos, mas, provavelmente, o facto de um maior rendimento familiar permitir o acesso a condições para os jovens adultos obterem níveis mais elevados de autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social, como seja, autorregularem a sua segurança e manterem um equilíbrio entre o repouso e a atividade. No entanto, esta hipótese terá de ser explorada em estudos futuros.

Quanto à responsabilidade na disciplina dos filhos, a responsabilidade equitativa entre a mãe e o pai, na disciplina perante os maus comportamentos infantis, foi variável preditora das práticas de autocuidado de saúde dos jovens adultos e dos autocuidados gerais de saúde. No entanto, esta variável é apenas preditora para as jovens adultas. O reconhecimento da responsabilidade equitativa entre o pai e a mãe, na disciplina perante os maus comportamentos infantis, revelou-se variável preditora positiva das práticas de autocuidado em saúde e dos autocuidados gerais de saúde, apenas para os jovens adultos do sexo feminino.

Ao assumirmos que a responsabilidade parental equitativa perante os maus comportamentos dos filhos se expressa por uma gestão partilhada entre o pai e a mãe no conflito com a criança, inevitavelmente existente numa situação de correção de mau comportamento infantil, a situação disciplinar equitativa entre o pai e a mãe coloca a criança em interação com os pais, que por sua vez também estão em interação. Desta forma, a gestão do conflito é seguramente melhor suportada pelo pai e pela mãe se se tiver em conta, como já foi referido anteriormente, que os pais igualitários têm mais tendência a usar a disciplina indutiva e menos tendência a usar a punição física ou psicológica, comparativamente com os pais com menos envolvimento na parentalidade (Fauchier & Straus, 2007b). Tal como também referido anteriormente, a disciplina que envolve a indução tem sido demonstrada como a forma mais eficaz de garantir que as crianças interiorizam os valores dos pais, já que as estratégias indutivas utilizadas

favorecem a internalização moral (Hoffman, 1975, 2000; Ateah & Parkin, 2002; Durrant, 2003).

Também se considerarmos que o espaço de diálogo, necessário no exercício da ação conjunta entre os pais e a criança, é a melhor forma de garantir a liberdade para todos se expressarem e agirem em conjunto, de modo que as decisões tomadas entre si sejam baseadas numa relação de reciprocidade que as une com base num compromisso comum aos três intervenientes (Arendt, 2001). Por conseguinte, a resolução do conflito existente será assegurada de modo a promover o potencial de desenvolvimento da criança para a sua autonomia e responsabilidade (Falcone, 2000). Tais aspetos são centrais para a aprendizagem das práticas de autocuidado em saúde. Contudo, são necessários estudos futuros a fim de melhorar a compreensão destas variáveis preditivas em função do sexo dos filhos.

Quanto aos métodos disciplinares a disciplina punitiva revelou-se variável preditora dos autocuidados associados à alimentação equilibrada. Contudo, neste estudo, a disciplina punitiva é variável preditora negativa, quando exercida pelo pai, para os autocuidados ligados à alimentação equilibrada, apenas para os jovens adultos do sexo masculino. A literatura consultada sobre a disciplina punitiva como forma educativa dá conta dos efeitos negativos deste tipo de disciplina. Quando as crianças são educadas com recurso a práticas disciplinares punitivas, a relação de respeito com os adultos é unilateral, o que leva a criança a socializar-se numa lógica de que somente os adultos têm razão e as suas afirmações são consideradas verdades e, como consequência, a autoridade adulta sobrepõe-se sobre o pensamento da criança (Piaget, 1998). Estudos realizados sobre o efeito das práticas disciplinares punitivas têm demonstrado que o controlo do comportamento da criança, neste tipo de práticas disciplinares, é baseado em sanções externas que intensificam a perceção de valores e do padrão de ação moral como externos (Hoffman, 1975, 1983, 2000; Ateah & Parkin, 2002; Durrant et al, 2003). A vasta investigação sobre os métodos disciplinares tem evidenciado os processos punitivos como fatores de risco para um enorme número de perturbações nomeadamente do desempenho académico, da atenção e do julgamento moral infantil (Straus, 2001; Durrant et al, 2003; Socolar et al, 2004).

Como tivemos oportunidade de referir anteriormente, os autocuidados associados a uma alimentação equilibrada, para os jovens deste estudo, podem corresponder a uma área autocuidativa, muito recentemente empreendida pelos jovens adultos, por se tratar de uma área que era da responsabilidade dos pais/mães há muito pouco tempo. A ser assim, os jovens adultos deste estudo encontrar-se-iam numa fase inicial do processo de desenvolvimento de

capacidades para os autocuidados associados a uma alimentação equilibrada. Fase essa, que é altamente sensível aos recursos de decisão, que os métodos punitivos põem em risco, pelo compromisso que a punição provoca num conjunto de capacidades que são estruturantes do desenvolvimento humano, como o autocontrolo sobre os recursos internos e externos e a capacidade de fazer escolhas informadas (Kabeer, 1999).

Quanto às variáveis preditoras das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, do contexto disciplinar parental, este estudo revelou que uma maior pontuação dos aspetos contextuais da situação disciplinar, em que a mãe corrige os maus comportamentos infantis, revelou-se variável preditora de um maior nível das práticas de autocuidado em saúde. Dito de outro modo, para as jovens adultas deste estudo, um maior score de todos os aspetos, no seu conjunto, da situação disciplinar em que a mãe corrige os maus comportamentos das filhas foi preditor de maior nível de práticas de autocuidado em saúde, sendo eles a confiança; a ineficácia percebida da disciplina; o *stress* e os conflitos entre os pais.

Como já tivemos oportunidade de referir anteriormente, existem aspetos presentes na situação disciplinar que podem prejudicar os efeitos benéficos de alguns comportamentos parentais e outros que podem reduzir parcialmente os efeitos adversos de outros comportamentos. Os muitos resultados da disciplina, perante os maus comportamentos infantis, que resultam da presença ou ausência dos aspetos contextuais das situações disciplinares, não se observam apenas na eficácia imediata da correção do mau comportamento infantil, mas também nos efeitos secundários da disciplina, observados ao longo do desenvolvimento da criança, adolescente e adulto (Fauchier & Straus, 2007a).

As competências necessárias para o desenvolvimento das práticas de autocuidado em saúde resultam, antes de mais, de um conjunto de recursos internos, particularmente de decisão, necessários ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade. A presença ou ausência de aspetos como a confiança; o conflito entre os pais acerca das regras e da forma como cada um corrige os maus comportamentos dos filhos; o *stress* e a percepção de que os pais não são eficazes na correção dos maus comportamentos dos filhos, são preditores das práticas de autocuidado em saúde.

Dos efeitos secundários destes aspetos contextuais para o desenvolvimento de recursos pessoais, um dos que é altamente relevante para o autodesenvolvimento bem-sucedido da adaptação à mudança, é a autoeficácia, pelo impacto que este recurso tem sobre o domínio cognitivo, motivacional, afetivo, e particularmente no processo de decisão (Bandura, 2001).

Também sabemos que a função cognitiva está relacionada com as práticas de autocuidado, de forma que, a um nível mais elevado da função cognitiva corresponde um maior nível de envolvimento nas práticas de autocuidado (Doran et al, 2006, citados por Sidani, 2012). Assim como o autoconceito foi visto como facilitador do autocuidado em saúde (Backman & Hentinen, 2001).

A constatação de que a mãe tem frequências mais elevadas em toda a disciplina parental, quer nos métodos disciplinares, quer nos aspetos contextuais das situações disciplinares e do modo como esta é exercida, conforme fomos verificando ao longo da análise dos resultados deste estudo, pode explicar a maior percentagem de ações parentais que implicam interações da mãe com os filhos, comparativamente ao pai. A disciplina parental envolve um conjunto de comportamentos parentais que implicam interações pais/filhos, como já referido. Como tal, a qualidade dos aspetos que influenciam essa interação torna-se mais significativa comparativamente com outros cuidados parentais, que sendo igualmente importantes, por não envolverem interação pais/criança, não se manifestam com tão grande expressão.

A relevância da figura da mãe, expressa nas variáveis preditoras dos aspetos do contexto e do modo com a disciplina é exercida, dá conta da maior importância atribuída aos aspetos contextuais e do modo como a disciplina é exercida pela mãe em detrimento do pai. De resto, estes resultados vêm ao encontro de outros estudos que revelaram diferenças significativas nas ações parentais que implicam interação pais/filhos entre os pais e as mães, onde as mães detêm maior percentagem de cuidados que implicam interação com os filhos, comparativamente aos pais (Ozgun & Honig, 2005).

Porém, parece-nos importante considerar quanto às variáveis preditoras das práticas de autocuidado de saúde dos jovens adultos deste estudo, ligadas ao contexto em que a situação disciplinar ocorre, que estas são diferentes em função do sexo dos jovens e em função do facto de ser o pai ou a mãe a exercer a disciplina. Tal constatação remete-nos novamente para a necessidade de estudos futuros.

Finalmente, quanto ao modo como a disciplina parental é exercida, constatámos que foram variáveis preditoras das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos deste estudo a afetividade/apoio e a impulsividade e o aviso dos pais perante os maus comportamentos infantis. No entanto, cada uma destas variáveis foi preditora de diferentes áreas das práticas de autocuidado em saúde, em função do sexo dos filhos e do facto de ser o pai ou a mãe a exercer a disciplina. Relativamente à afetividade/apoio, esta variável revelou-se preditora para

diferentes áreas das práticas de autocuidado em saúde, nomeadamente para os autocuidados de providenciar uma alimentação equilibrada; dos autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social e dos autocuidados gerais de saúde.

Assim, a afetividade/apoio manifestado pelo pai no exercício da disciplina foi variável preditora positiva dos autocuidados para providenciar uma alimentação equilibrada dos jovens adultos de ambos os sexos. Também se observou que a afetividade/apoio manifestada pelo pai, na situação disciplinar, foi variável preditora positiva dos autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social, apenas para os jovens adultos do sexo masculino. Por último, a afetividade/apoio manifestada pela mãe foi variável preditora positiva dos autocuidados gerais de saúde para os jovens adultos do sexo masculino.

A afetividade/apoio manifestada pelo pai no modo como este exerce a disciplina foi preditora dos autocuidados para providenciar uma alimentação equilibrada e dos autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social, para os jovens adultos de ambos os sexos, enquanto foi variável preditora quando manifestada pela mãe, apenas para os autocuidados gerais de saúde para os jovens adultos do sexo masculino.

Estes resultados, de resto, não são surpreendentes, pois o afeto desempenha um papel fundamental para o desenvolvimento humano em todas as suas fases desenvolvimentais. Vários estudos salientam a forte associação entre os processos interpessoais e o desenvolvimento cognitivo e social da criança (Bowlby, 1980, 1988; Cook, 2000; Forgas & George, 2001). Os estudos realizados sobre cuidados parentais no âmbito dos autocuidados, evidenciaram associação positiva entre a afetividade dos pais e o autocuidado (Faulkner & Chang, 2007) e a melhor adesão ao autocuidado em situações de doença (Frey & Denyes, 1989). No entanto, estes estudos envolveram jovens de ambos os sexos e os seus resultados referem-se aos cuidados parentais e não especificamente à disciplina parental.

Se tivermos em linha de conta que a função cognitiva está associada às práticas de autocuidado, de forma que, a um nível mais elevado da função cognitiva corresponde um maior nível de envolvimento nas práticas de autocuidado (Doran et al, 2006, citados por Sidani, 2012), parece ser compreensível que a afetividade e o apoio no exercício da disciplina parental sejam preditores das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos.

Como também, tradicionalmente, está associada à afetividade e ao apoio dos cuidadores durante a infância e adolescência uma série de características desenvolvimentais, que outros estudos, com populações saudáveis, identificaram como fatores positivamente correlacionados com as

práticas de autocuidado, como o auto conceito positivo (McCaleb & Edgil, 1994) e a perceção de autoeficácia (Lev & Owen, 1998, Carroll, 1995, Lefort, 2000, Ni et al., 1999, Lefort, 2000, citados por Sidani, 2012; Resnick, 1998; Lorig & Holman, 2003; Callaghan, 2003, 2005). Parece-nos plausível que a afetividade e o apoio no modo como a disciplina parental é exercida sejam preditores das práticas de autocuidado em saúde.

Contudo, estes resultados revelaram que apesar da afetividade/apoio ter sido variável preditora para todas as dimensões das práticas de autocuidado em saúde para os jovens adultos, esta revelou-se variável preditora para as jovens adultas, apenas nos autocuidados para providenciarem uma alimentação equilibrada, ao contrário dos jovens adultos do sexo masculino, onde se revelou variável preditora dos autocuidados de todas áreas.

Também, não deixa de ser curioso o facto de a afetividade/apoio ser preditora em áreas diferentes dos autocuidados, em função da disciplina ser exercida pelo pai ou pela mãe. Um outro apontamento, também ele relevante, é a constatação de que a afetividade/apoio se revelou preditora de mais áreas de autocuidados para os jovens adultos do sexo masculino, comparativamente com as jovens adultas. Estudos futuros poderão, como já referido anteriormente, clarificar estas diferenças de género.

Ainda, relativamente ao modo como a disciplina parental é exercida, os resultados deste estudo revelaram que a impulsividade foi variável preditora dos autocuidados de autorregulação pessoal e do envolvimento social, das jovens adultas. De forma que, quanto mais elevada a pontuação da impulsividade da mãe, no exercício da disciplina parental, menor foi a pontuação dos autocuidados de autorregulação pessoal e do envolvimento social. O modo como os pais gerem o seu autocontrolo no exercício da disciplina tem efeitos quer imediatos quer posteriores. Se os pais são consistentes e cumprem o que definem, ou se, pelo contrário, a disciplina é exercida de forma impulsiva, o impacto imediato e os efeitos secundários são muito diferentes, se a correção é mais racional, ou se é exercida impulsivamente, deste modo pode ensinar o comportamento impulsivo (Fauchier & Straus, 2007a).

O autocuidado em saúde, refletido nas capacidades para a ação, inclui capacidades várias, nomeadamente as capacidades de decisão direcionadas para a concretização dos objetivos. Estas capacidades incluem recursos de decisão que garantem o compromisso nas ações de autocuidado de modo a obter o autocontrolo (Orem, 1979, 2001). Olhando este resultado, parece-nos ser compreensível que, se a impulsividade da mãe pode contribuir, como efeito secundário, para a aprendizagem do comportamento impulsivo dos filhos, poderá também estar

a inibir o desenvolvimento de competências de decisão, essenciais ao autocuidado, nomeadamente o autocontrolo e a resistência à frustração. Também outros estudos demonstraram a relação entre níveis mais elevados de práticas de autocuidado e níveis mais elevados de capacidade de decisão, quer em adolescentes (Baker & Denyes, 2008), quer em populações jovens, adultos, idosos saudáveis e idosos doentes (Hart & Risley, 1995; Horsburgh et al., 2000, citados por Sidani, 2012).

Quanto ao aviso, esta também foi uma variável preditora dos autocuidados para providenciar uma alimentação equilibrada, para as jovens adultas. De modo que, quanto maior a pontuação do aviso da mãe, quando esta exerce a disciplina, mais elevada a pontuação dos autocuidados associados a uma alimentação equilibrada.

A forma pela qual se expressa o aviso na correção do comportamento infantil é através de explicações sobre as consequências do mau comportamento infantil ou dando um tempo à criança para que mude de comportamento, antes de exercer alguma ação para o corrigir. Estas medidas constituem-se oportunidades para que a criança reflita sobre a ação e não prossiga com o mau comportamento. Consequentemente, esta diminuirá a sua frequência, intensidade e duração e aumentará a probabilidade da ocorrência de comportamentos normativos, adequados e adaptativos.

Os hábitos de vida, nomeadamente os hábitos alimentares saudáveis, são sensíveis não apenas à capacidade de decisão sobre o que é externamente observável, como por exemplo o resistir ao prazer que traria a ingestão de um alimento altamente apetecível, mas também são sensíveis à motivação e à intenção com que as pessoas desenvolvem as suas ações (Malhotra & Schuler, 2002). Para a capacidade de decisão é necessário que a pessoa estabeleça metas e se antecipe aos desafios, a fim de alcançar intencionalmente os resultados desejados o que requer intencionalidade e premeditação (Bandura, 2001).

Para a concretização das ações, as pessoas formam intenções; elaboram planos e definem estratégias para a sua realização. A intenção constitui a representação de uma ação a ser realizada no futuro. Pois não se trata de uma simples expectativa ou previsão de ação futura, mas sim um compromisso pró-ativo para a realização da ação. Portanto, a intenção e a ação são aspetos diferentes de uma relação funcional separados no tempo (Bandura, 2001).

Os resultados deste estudo parecem traduzir os efeitos dos comportamentos dos pais ao usarem o aviso na situação disciplinar, pois, desta forma, estarão a induzir na criança um pensamento providente e a contribuir para que esta, no futuro, aprenda a desenvolver esforços antecipatórios

e selecione e crie linhas de ação que possam produzir os resultados desejados e evitar os indesejáveis (Bandura, 2001, 2005). Desta forma, esta estratégia disciplinar poderá estar associada um maior nível de autocuidados para providenciar uma alimentação equilibrada.

**CONCLUSÃO**

**A Disciplina parental na infância dos jovens adultos**

**As Práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos**

**As Práticas de autocuidado em saúde e a disciplina parental**

**Fatores preditores das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos**

**Limitações e Implicações do estudo**



## 5 - CONCLUSÃO

O desenvolvimento das práticas de autocuidado é um processo multideterminado, cuja influência das múltiplas variáveis envolvidas é regulada pela posição em que cada pessoa se situa no ciclo de vida e no processo saúde/doença. Tanto a literatura teórica, quanto a evidência empírica, parecem assegurar a relevância de variáveis pessoais e interpessoais no que diz respeito à presença de fortes ligações das mesmas com o desenvolvimento das capacidades necessárias às práticas de autocuidado. Também o conhecimento produzido no âmbito da parentalidade tem evidenciado variáveis pessoais e interpessoais, influentes na qualidade da interação pais/filhos, com particular relevância para o desenvolvimento infantil.

O desafio da presente investigação foi contribuir para um conhecimento mais integrador sobre as práticas de autocuidado em saúde no início da vida adulta enquanto processo dinâmico em estreita relação com o contexto familiar envolvente, e de forma particular, influenciado pelas práticas disciplinares parentais exercidas na infância, considerando o alcance dos efeitos secundários destas.

Nesta perspetiva, ainda que, com a prudência necessária perante a complexidade que envolve o desenvolvimento humano, a investigação realizada na área tem revelado a sua insuficiência quando levada a efeito isoladamente. Em contrapartida, revela-se bastante útil quando analisados os seus resultados num contexto multidisciplinar. Assim, a utilidade deste estudo vai no sentido de contribuir para a compreensão das variáveis pessoais e interpessoais que envolvem as práticas de autocuidado, particularmente as presentes na interação pais/filhos, nas situações parentais corretivas perante os comportamentos infantis inadequados. Porém, os resultados desta investigação terão de ser ponderados e aprofundados com estudos futuros, que podem envolver outras variáveis e outras opções metodológicas, como por exemplo, a integração da qualidade/ tipo de vínculo entre os pais e os filhos e numa perspetiva longitudinal.

Nesta investigação estiveram envolvidos 1168 jovens adultos, predominantemente portugueses (92%); com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos, com uma média de idade de 20 anos; 69% dos jovens adultos da nossa amostra eram do sexo feminino, e 31% eram do sexo masculino; 90% tinham o ensino secundário completo; 98% eram solteiros; 99% não tinham filhos; 82% tinham um ou mais irmãos; 29% das suas mães tinham o ensino secundário e 23% tinham o ensino superior; 25% dos seus pais tinham ensino secundário e 19% tinham o ensino superior; 49% das suas famílias tinham um rendimento líquido inferior ou igual a 1300 euros

mensais, com o agregado familiar constituído por 3 a 4 pessoas em média; 82% viviam em casa própria; 77% dos seus pais biológicos eram casados um com o outro; 96% tinham a mãe biológica como figura materna e 93% tinham o pai biológico como figura paterna.

## **A Disciplina parental na infância dos jovens adultos**

### Maus comportamentos infantis

O estudo revelou que os jovens adultos tiveram em média 1 a 2 maus comportamentos sem gravidade, por semana, e 1 a 2 maus comportamentos com gravidade, por mês. Este resultado parece indicar um número subestimado dos maus comportamentos, tendo em conta a sua frequência e gravidade, já que as crianças, por volta dos 10 anos de idade, apresentam com frequência maus comportamentos que tendem a ser normativos para a fase do desenvolvimento em que se encontram. Porém a sua estimativa pode ter sido subestimada pelos jovens, quando tiveram de fazer uma avaliação retrospectiva sobre o seu comportamento, por este ser considerado por muitos como normativo. Todavia, estamos perante uma questão empírica que carece de investigações futuras, particularmente em estudos sobre disciplina.

### Responsabilidade parental

Os resultados obtidos nesta investigação enquadram-se numa dinâmica familiar, onde a mãe surge como a principal responsável pela disciplina parental. Para 49% dos jovens adultos envolvidos nesta investigação, a mãe teve mais responsabilidade pela sua disciplina contra apenas 5% dos jovens adultos a referirem que o pai teve mais responsabilidade. Porém, quase metade dos jovens adultos referem que a disciplina parental é exercida por ambos os pais de uma forma equitativa (46%). Estes resultados traduzem uma realidade da dinâmica familiar em relação à participação dos pais na disciplina dos filhos, numa transição entre o desempenho dos papéis sociais tradicionais e modernos. A realidade traduzida nestes resultados, de resto similar a estudos internacionais, coloca desafios aos profissionais envolvidos na educação e na saúde, particularmente da criança e da família, na medida em que as diferenças observadas ao nível da responsabilidade na disciplina dos filhos entre o papel do pai e o da mãe podem constituir risco para desigualdades no desenvolvimento humano e particularmente na saúde, como iremos ver mais à frente.

## Métodos disciplinares

As frequências dos métodos disciplinares observadas neste estudo são diferentes para os pais e as mães. De forma sistemática, as mães apresentam frequências em todos os métodos disciplinares superiores aos pais. De resto, este resultado é coerente com os resultados da percepção dos jovens adultos, acerca da responsabilidade parental na disciplina parental, referida anteriormente. Pois, se a mãe tem mais responsabilidade na disciplina dos filhos é esperado que também se observe uma maior frequência dos métodos disciplinares comparativamente ao papel do pai. Este resultado é semelhante a outros resultados de estudos internacionais, que apontam igualmente para uma maior frequência das práticas disciplinares maternas comparativamente às práticas disciplinares paternas.

Quanto aos tipos de métodos disciplinares, este estudo também revelou diferenças no desempenho de pais e mães sobre o recurso aos diferentes métodos disciplinares, apesar de se observar em ambos uma maior incidência no recurso aos métodos não punitivos, comparativamente com os métodos punitivos. Já para a disciplina indutiva, podemos constatar que, apesar de as mães recorrerem mais a esta disciplina em comparação com os pais, os pais recorrem mais à disciplina indutiva que à disciplina punitiva, ao contrário das mães. Isto é, os pais recorrem em primeiro lugar a práticas não punitivas, como as mães, no entanto, de seguida, privilegiam o uso de práticas indutivas e só por último recorrem a práticas punitivas. Logo, as mães, assim como os pais, recorrem mais a práticas disciplinares não punitivas, mas, ao contrário dos pais, recorrem mais ao uso de práticas punitivas em prejuízo das práticas disciplinares indutivas.

Relativamente às práticas disciplinares usadas pelos pais, dentro da disciplina não punitiva, as mais frequentes foram: explicar/ensinar; seguida de recompensar; monitorizar; distrair; e, por último, ignorar deliberadamente o mau comportamento. Na disciplina punitiva, das práticas mais utilizadas por pai e mãe, surge em primeiro lugar, a agressão psicológica, seguida de tarefas de penalização e comportamento restaurador; privação de privilégios e, por último, a punição física. No entanto, apesar dos resultados revelarem uma diminuição do recurso à disciplina punitiva por pai e mãe, e particularmente a diminuição do recurso à punição física, o mesmo já não se observa em relação à agressão psicológica que vem a ser a prática disciplinar punitiva que apresenta maior frequência de aplicação por ambos, pai e mãe.

Este estudo permitiu ainda constatar que a escolha dos métodos disciplinares usados pelos pais está associada aos comportamentos infantis, nomeadamente à frequência e à gravidade e também aqui foram observadas diferenças entre os pais e as mães. De um modo geral, quanto maior é a frequência dos maus comportamentos, maior é frequência dos métodos disciplinares, e particularmente destes, os métodos disciplinares punitivos. No entanto, quanto à gravidade dos maus comportamentos infantis, existem diferenças no desempenho dos pais sobre o recurso aos métodos disciplinares punitivos e não punitivos. Assim, a um aumento dos maus comportamentos sem gravidade, corresponde um aumento da frequência dos métodos disciplinares punitivos para ambos, pai e mãe e um aumento da frequência dos métodos disciplinares não punitivos exercidos pelo pai. Já em relação aos maus comportamentos com gravidade, à medida que estes aumentam, também aumenta a frequência dos métodos disciplinares parentais (punitivos e não punitivos) de ambos, pai e mãe e um aumento da frequência dos métodos disciplinares punitivos exercidos pela mãe.

Relativamente à flexibilidade disciplinar, as mães têm maior flexibilidade disciplinar comparativamente com os pais, resultado que também pode ser explicado pelo facto de as mães apresentarem maiores frequências nos métodos disciplinares, como resposta aos maus comportamentos infantis, comparativamente aos pais. Quanto ao esforço disciplinar, como forma de medir até que ponto os pais fazem esforços para corrigir os maus comportamentos dos filhos, verificamos que, comparativamente aos pais, também as mães têm maior esforço disciplinar, no sentido de melhorar a sua eficácia na correção dos maus comportamentos infantis. No entanto, em termos de resposta disciplinar, face aos maus comportamentos dos filhos, não se observa diferença significativa entre as mães e os pais.

#### Contexto da situação disciplinar parental

Quanto aos aspetos contextuais da disciplina (confiança; conflito com o parceiro; ineficácia percebida da disciplina; *stress*), as mães têm níveis médios significativamente superiores aos dos pais. Este resultado pode dever-se ao facto de as mães terem maior responsabilidade na disciplina parental comparativamente com os pais, o que as coloca, com maior frequência, em situações disciplinares perante os maus comportamentos infantis.

Quanto à qualidade da situação disciplinar é de se salientar que, à medida que aumenta a frequência dos maus comportamentos infantis, mesmo que estes sejam sem gravidade, a qualidade disciplinar modifica-se no sentido negativo, pois aumenta o *stress* dos pais e os

conflitos entre si derivados das regras impostas e da forma como cada um deles corrige o mau comportamento, assim como aumenta a percepção da ineficácia dos pais, na correção dos maus comportamentos dos filhos. No entanto, quando aumentam os maus comportamentos infantis com gravidade aumenta o *stress*, mas apenas para a mãe.

#### O modo como os pais exercem a disciplina

Relativamente ao modo como os pais exercem a disciplina perante os maus comportamentos infantis, a partir dos aspetos avaliados neste estudo (consistência; enquadramento cognitivo; impulsividade; resposta; afetividade/apoio; aviso), também à semelhança do que acontece nos aspetos do contexto, à medida que aumenta a frequência dos maus comportamentos, observa-se uma modificação no sentido negativo, do modo como exercem a disciplina, tanto pai como mães. Quer o enquadramento cognitivo quer a afetividade/apoio diminuem e a impulsividade aumenta para ambos. No caso do aumento da frequência dos maus comportamentos infantis com gravidade, a forma de exercer a disciplina também se altera negativamente com um aumento da impulsividade, mas apenas para a mãe.

Pelos resultados dos aspetos e do modo como os pais exercem a disciplina na infância dos seus filhos, constata-se que as modificações observadas, dão-se no sentido negativo, quer no contexto quer no modo como a disciplina é exercida, face a um aumento da frequência e da gravidade dos maus comportamentos infantis. Isto é, à medida que aumenta a frequência dos maus comportamentos infantis, sejam eles com ou sem gravidade, também aumenta a frequência de aspetos negativos do contexto disciplinar para os pais, tais como: o conflito entre os pais; o *stress* e a ineficácia percebida da disciplina. Curiosamente, a um aumento da frequência dos maus comportamentos infantis com gravidade, as mães apresentem maior nível de *stress* e de impulsividade. Isto é, face a um aumento dos comportamentos com gravidade, as mães tendem a ficar mais zangadas e exaustas devido aos maus comportamentos com gravidade dos filhos e a aumentar a tendência para agirem por impulso do momento, enquanto o mesmo não se observa para o pai.

Em conclusão, conforme os resultados deste estudo, o risco da disciplina parental não ser desenvolvimental está associado a um aumento da frequência e da gravidade dos maus comportamentos infantis. As respostas disciplinares são diferentes entre os pais e as mães, com um agravamento das modificações negativas para as mães. As mudanças nas respostas disciplinares parentais foram observadas ao nível dos métodos, do contexto e do modo de

exercer a disciplina, em função da frequência e da gravidade dos maus comportamentos infantis. Este estudo permitiu ainda verificar que a escolha dos métodos disciplinares usados pelos pais, está associada aos comportamentos infantis, nomeadamente à frequência e à gravidade. De um modo geral, quanto maior é a frequência dos maus comportamentos infantis, sejam eles, com ou sem gravidade, maior é a frequência dos métodos disciplinares punitivos, bem como a frequência de aspetos negativos do contexto e do modo de exercer a disciplina, pelos pais. Quando se trata de um aumento dos maus comportamentos com gravidade, as respostas parentais dão-se ainda mais no sentido negativo, particularmente para as respostas disciplinares maternas, comparativamente às respostas paternas.

Destes resultados, concluímos que o aumento dos maus comportamentos infantis, constituiu um risco para as práticas disciplinares não promoverem uma adaptação construtiva. Os conflitos presentes na correção dos filhos, deixam de ser benéficos, na medida em que as circunstâncias de resolução destes não irão permitir estimular na criança a autonomia suficiente para o processamento das informações e orientações parentais, com vista à correção dos maus comportamentos e posterior utilização como uma base referencial para controle do seu comportamento. Pelo contrário, poderão as referidas circunstâncias inibir o desenvolvimento do potencial dos filhos para a autonomia e responsabilidade, ao não aproveitarem as oportunidades que os conflitos proporcionam para o crescimento pessoal e pelo contrário predispor ao desequilíbrio emocional das crianças, com consequências negativas para o seu desenvolvimento a curto, médio e longo prazo (Piaget, 1998).

Um apontamento do processo disciplinar parental, a merecer destaque pelas possíveis ligações a estes resultados, é o facto das respostas disciplinares maternas se darem mais no sentido negativo, comparativamente às respostas disciplinares paternas. Para a mãe, ao contrário do pai, em resposta a um aumento da frequência dos maus comportamentos infantis com gravidade, observa-se um aumento da frequência dos métodos punitivos, do *stress* e da impulsividade. Este estudo, pelo seu carácter exploratório, não analisou as variáveis que possam estar na origem destas diferenças observadas entre os pais e as mães. Contudo, se tivermos em linha de conta que a mãe apresenta maiores níveis de responsabilidade na disciplina bem como maior frequência de práticas disciplinares verificamos que esta pontua mais aspetos do contexto e do modo como exerce a disciplina. Assim, pudemos constatar que estes resultados refletem um maior número de situações disciplinares a exigirem da mãe um maior número de correções de maus comportamentos dos seus filhos, comparativamente ao pai. Provavelmente as diferenças observadas entre os pais e as mães não serão alheias a estes resultados. Porquanto um maior

número de situações disciplinares, para a correção de maus comportamentos, pode acarretar um maior risco de desequilíbrio na gestão emocional para a mãe, comparativamente com o pai. Esta hipótese pode ajudar a compreender as diferenças observadas neste estudo nas respostas parentais, como o *stress*; a impulsividade e o recurso a métodos punitivos, respostas observadas apenas nas mães. Uma outra explicação para estes resultados pode prender-se com a possibilidade de a mãe, perante a observação de um aumento dos maus comportamentos infantis com gravidade, requerer a intervenção do pai para situações disciplinares posteriores. Deste modo, para o pai, ao exercer a disciplina com um distanciamento temporal, a sua participação será mais refletida e ponderada na correção dos maus comportamentos com gravidade, de modo a fazer uma gestão emocional mais eficaz, ao contrário da mãe que provavelmente não o fará. No entanto, estas hipóteses de explicação carecem de investigação futura.

### **As práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos**

O nível de envolvimento em práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos é de apenas 47% do seu tempo. Esta percentagem de tempo é um valor muito baixo, quando comparado com outros estudos internacionais. As percentagens do tempo gasto em práticas de autocuidado em saúde, em estudos similares, com a utilização do mesmo instrumento de medida, variaram de 58% em adolescentes saudáveis; 68% em adultos saudáveis e 75% em adolescentes com diabetes tipo I. Os níveis mais elevados de envolvimento nas práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, observados nesta investigação, foram nos autocuidados gerais de saúde e nos autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social e o nível mais baixo foi nos autocuidados para providenciar uma alimentação equilibrada.

As práticas de autocuidado em saúde, observadas neste estudo, refletem o envolvimento dos jovens adultos na gestão dos autocuidados nas situações de vida. Chegado à idade adulta é espectável que se tenha atingido progressivamente um nível de individualização, que se manifesta na capacidade para depender de si e de tomar as decisões autonomamente (Orem, 2001; Denyes, 1988). A recente internalização do papel de cuidador de si, pode ajudar na explicação do maior envolvimento dos jovens adultos em autocuidados gerais de saúde, nomeadamente no cumprimento das suas decisões relativas à sua saúde; em atividades necessárias para cuidar bem da sua saúde. Também, com o início da vida adulta, intensifica-se a atividade social fora da família nuclear, e frequentemente estabelecem-se relacionamentos

pela primeira vez num espaço onde o jovem adulto será responsável por si próprio. Esta nova realidade coloca os jovens adultos em situações que exigem um maior envolvimento nos autocuidados de autorregulação pessoal, como a segurança e o envolvimento social. Porém, a área onde os jovens adultos parecem investir menos do seu tempo é em ações de saúde, numa área essencial como é a alimentação. Fazer uma alimentação equilibrada; ingerir alimentos necessários para a sua saúde e tomar o pequeno-almoço, não é seguramente uma prioridade na gestão das situações de vida destes jovens adultos, segundo os resultados deste estudo.

Os níveis francamente baixos, observados nas práticas de autocuidado em saúde, são indicativos da baixa prioridade dada aos comportamentos em saúde dos jovens adultos deste estudo. Se aceitarmos que o autocuidado se refere basicamente a ações que as pessoas realizam para melhorar a sua saúde e o bem-estar dentro de um contexto de vida quotidiana, estes resultados dão conta de que a saúde raramente é o principal quadro de referência (Kickbusch, 1989). Estes resultados, de resto pioneiros em Portugal, dão conta de, como o início da vida adulta se assume como uma fase sensível para adoção de práticas em saúde, pelo momento de distanciamento do apoio e da proteção dos pais, em que os jovens adultos se encontram, particularmente na gestão das situações de vida quotidiana. Nesta fase da vida, é esperado a demonstração de ações de autocuidado, resultantes do processo de responsabilização pelas decisões e ações, progressivamente desenvolvido ao longo da infância e da adolescência (Orem, 2001). No entanto, os baixos valores das práticas de autocuidado em saúde, na fase inicial do processo de autonomização em que se encontram estes jovens adultos, apontam para a necessidade de se atender aos processos de estruturação a que as mesmas práticas estão sujeitas.

Na procura de fatores pessoais com influência nas práticas de autocuidado em saúde, a idade não se revelou determinante para as práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos. Já relativamente ao sexo, observou-se que os jovens adultos do sexo feminino têm níveis de práticas de autocuidado de saúde significativamente mais elevados, comparativamente aos jovens adultos do sexo masculino. As jovens adultas têm níveis superiores aos dos jovens adultos, nos autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social, nomeadamente associados à segurança e eliminação e ao equilíbrio entre repouso e atividade; e ao equilíbrio entre estar só e estar na companhia de outras pessoas; nos autocuidados associados a uma alimentação equilibrada, como tomar o pequeno-almoço; ingerir alimentos necessários à sua saúde; ingerir uma alimentação equilibrada e manter uma alimentação saudável. Apenas nos autocuidados gerais de saúde, como cuidar bem da sua saúde; cumprir decisões que tomou relativas à sua saúde e alcançar o nível de atividade que considera necessário para a sua saúde,

não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os jovens adultos e as jovens adultas.

Quanto à influência do contexto familiar, nas práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, o rendimento económico familiar revelou-se variável com influência estatisticamente significativa nas práticas de autocuidado de saúde, à semelhança de outros estudos. O rendimento económico familiar tem sido apontado como variável determinante da saúde e do autocuidado. No entanto, segundo os resultados desta investigação, o rendimento económico familiar está associado significativamente às práticas de autocuidado em saúde apenas para os jovens adultos do sexo masculino. Também, ao contrário do observado na maioria dos estudos anteriores, nesta investigação observou-se que, à medida que aumenta o rendimento económico familiar, diminui o envolvimento nos autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social e nos autocuidados gerais de saúde dos jovens adultos do sexo masculino. Os resultados da presente investigação sugerem a necessidade de uma exploração mais aprofundada sobre o modo como o aumento do rendimento familiar pode estar associado a uma diminuição das práticas de autocuidados em saúde dos jovens adultos do sexo masculino.

### **As Práticas de autocuidado em saúde e a disciplina parental**

A disciplina parental, como variável para as práticas de autocuidado em saúde neste estudo incluiu: os maus comportamentos infantis, a responsabilidade parental, os métodos disciplinares e os aspetos do contexto e do modo de implementação da disciplina.

Os resultados deste estudo revelaram diferenças nas perceções dos jovens adultos relativamente ao que os pais lhes fizeram e ao modo como o fizeram, nas situações disciplinares na infância, em função de ser filho ou filha e em função de ser o pai ou a mãe a fazê-lo. Estas diferenças observam-se nas várias áreas das práticas de autocuidado, como vamos ver de seguida.

A responsabilidade dos pais pela disciplina dos filhos, revelou-se variável com significância estatística, das práticas de autocuidado em saúde, apenas para as jovens adultas. Assim, as jovens adultas que reconheceram ambos os pais a exercerem a disciplina de forma equitativa, apresentaram níveis significativamente mais elevados das práticas de autocuidado em saúde. Já para os jovens adultos do sexo masculino, a responsabilidade dos pais na disciplina, perante os maus comportamentos infantis, não se revelou variável com significado estatístico para as práticas de autocuidado em saúde.

Apesar da pesquisa apontar para a influência dos métodos disciplinares parentais no desenvolvimento infantil, no geral, os métodos disciplinares parentais na infância, relatados pelos jovens adultos deste estudo, não tiveram influência nas práticas de autocuidado em saúde.

Das variáveis contextuais e do modo como os pais exercem a disciplina parental, avaliadas neste estudo, observou-se uma associação estatisticamente significativa da confiança manifestada pelo pai no exercício da disciplina, com as ações de autocuidado associadas a uma alimentação equilibrada, apenas para as jovens adultas. Logo, as jovens adultas, que perceberam maior nível de confiança inculcada pelo pai quando este corrigia os seus maus comportamentos infantis, apresentaram níveis mais elevados dos autocuidados para providenciar uma alimentação equilibrada, como tomar o pequeno almoço; ingerir alimentos necessários à sua saúde; ingerir uma alimentação equilibrada e manter uma alimentação saudável.

Do estudo das variáveis do modo como os pais exercem a disciplina e a sua influência nas práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, observa-se que a uma maior pontuação das variáveis: afetividade/apoio e aviso na disciplina exercida pelo pai corresponde uma maior pontuação das ações de autocuidado de autorregulação pessoal e de envolvimento social das jovens adultas.

Como pudemos constatar, as variáveis do contexto da disciplina parental explicam diferenças nos níveis das práticas de autocuidado em saúde apenas das jovens adultas, e apenas quando a disciplina é exercida pelo pai, nomeadamente a confiança manifestada no exercício da disciplina do pai. Quanto ao modo como os pais exercem a disciplina, também existem variáveis que explicam diferenças nos níveis de práticas de autocuidado em saúde, apenas para as jovens adultas, e também apenas quando é o pai a exercer a disciplina. Nomeadamente a afetividade/apoio e o aviso do pai, no exercício da disciplina, associam-se positivamente às ações de autocuidado de autorregulação pessoal e de envolvimento social das jovens adultas.

### **Fatores preditores das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos**

A análise de regressão evidenciou as seguintes variáveis preditoras das práticas de autocuidado de saúde dos jovens adultos: o rendimento económico familiar; o reconhecimento de que ambos os pais exercem a disciplina de forma equitativa; a disciplina punitiva; o contexto em que se implementa a disciplina e o modo como foi exercida a disciplina, nomeadamente: a

afetividade/apoio; a impulsividade e o aviso no exercício da disciplina. Porém, as variáveis preditoras das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, são diferentes em função do sexo dos jovens adultos, e em função de ser o pai ou a mãe a exercer a disciplina.

Quanto à dimensão familiar, este estudo permitiu concluir que o rendimento económico familiar é variável preditora dos autocuidados de autorregulação pessoal e do envolvimento social, resultado semelhante a alguns estudos realizados neste âmbito. No entanto, apesar do rendimento económico familiar ser apontado como determinante do autocuidado, neste estudo, o rendimento económico familiar revelou-se com um poder explicativo dos autocuidados de autorregulação pessoal e do envolvimento social, numa direção oposta ao encontrado na generalidade dos estudos anteriores. Aqui, o maior rendimento económico familiar é preditor de menor nível de autocuidados de autorregulação pessoal e do envolvimento social, apenas para os jovens adultos do sexo masculino. O baixo rendimento económico tem sido indicado como fator que condiciona a acessibilidade a recursos de vária ordem, com repercussões negativas no desenvolvimento e na saúde das pessoas. O maior rendimento económico familiar, permite acesso a recursos que, embora possam ser percecionados como necessários para os jovens adultos do sexo masculino, estes parecem inibir o desenvolvimento de capacidades necessárias à consecução de níveis mais elevados de autocuidados de autorregulação e de envolvimento social. Porém, este resultado ao ser semelhante a outros resultados anteriores (Hertzman & Wiens, 1996); Shonkoff & Phillips, 2000), pois também aqui o rendimento económico é preditor das práticas de autocuidado. Ao colocar-se na direção oposta, acrescenta uma exigência a estudos futuros, sendo necessário considerar-se a influência do rendimento económico como meio para permitir acesso a bens e ou serviços, mas esta variável terá de ser estudada em função do contexto concreto em que a mesma se considera.

As variáveis preditoras das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos ligadas à disciplina parental, são predominantemente ligadas ao contexto e ao modo como se exerce a disciplina, com exceção para a disciplina punitiva, quando é exercida pelo pai.

As variáveis preditoras das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos do sexo masculino é a afetividade/apoio do pai, verificando-se que quanto mais elevada é a afetividade/apoio do pai no exercício da disciplina, maior é o seu envolvimento nas práticas de autocuidado em saúde. Para as jovens adultas, as variáveis preditoras das práticas de autocuidado em saúde são: o contexto da situação em que a mãe exerce a disciplina; a impulsividade da mãe e o facto das jovens adultas reconhecerem os pais responsáveis de forma equitativa, pela sua disciplina, constando-se que quanto mais elevada é a pontuação do contexto

de disciplina da mãe, maior é a pontuação das práticas de autocuidado em saúde, assim como o reconhecimento de que ambos, pai e mãe partilhavam de forma equitativa a responsabilidade pela disciplina, aumentando a pontuação das práticas de autocuidado em saúde. Já no caso da impulsividade da mãe, observa-se uma associação negativa, isto é, quanto maior é a impulsividade da mãe, menor é a pontuação das práticas de autocuidado em saúde das jovens adultas.

As variáveis preditoras dos autocuidados associados a uma alimentação equilibrada, para os jovens adultos do sexo masculino, são a afetividade/apoio do pai e a disciplina punitiva exercida pelo pai, de modo que, quanto maior é o *score* da afetividade/apoio manifestado pelo pai no exercício da disciplina perante os maus comportamentos dos filhos do sexo masculino, mais elevados são os scores dos autocuidados para providenciar uma alimentação equilibrada e quanto mais elevado é o nível da disciplina punitiva exercida pelo pai, menor é o nível dos autocuidados associados a uma alimentação equilibrada. Quanto às jovens adultas, as variáveis preditoras dos autocuidados associadas a uma alimentação equilibrada, também é a afetividade/apoio manifestada pelo pai e o aviso efetuado pela mãe, de forma que, quanto mais elevadas são as pontuações da afetividade/apoio manifestados pelo pai no exercício da disciplina perante os maus comportamentos infantis, maior é o score de autocuidados associados a uma alimentação equilibrada e quanto maior for a pontuação do aviso exercido pela mãe, na implementação da disciplina perante os maus comportamentos infantis, maior é a pontuação dos autocuidados associados a uma alimentação equilibrada.

As variáveis preditoras dos autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social, para os jovens adultos do sexo masculino, são a afetividade/apoio do pai e o rendimento económico familiar, de modo que, quanto maior é o *score* da afetividade/apoio do pai, mais elevados são os scores dos autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social e quanto mais elevado é o rendimento económico familiar, menor é o score de autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social. Para as jovens adultas as variáveis preditoras dos autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social são o contexto da disciplina exercida pela mãe e a impulsividade da mãe. De modo que, quanto maior é o score do contexto em que mãe exerce a disciplina, mais elevados são os níveis dos autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social e quanto mais elevado é o *score* de impulsividade da mãe, menor é o score dos autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social.

As variáveis preditoras dos autocuidados gerais de saúde, para os jovens adultos do sexo masculino são a afetividade/apoio na disciplina da mãe, verificando-se que quanto maior for a pontuação da afetividade/apoio da mãe no exercício da disciplina, mais elevados são os níveis dos autocuidados gerais de saúde. Para as jovens adultas, as variáveis preditoras dos autocuidados gerais de saúde são o contexto de disciplina exercida pela mãe e o reconhecimento de que ambos os pais partilhavam de forma equitativa a responsabilidade pela disciplina. De forma que, quanto maior é a pontuação do contexto da situação disciplinar exercida pela mãe, mais elevados são os níveis dos autocuidados gerais de saúde, também o facto das jovens adultas reconhecerem que ambos os pais partilhavam de forma equitativa a responsabilidade pela disciplina, aumenta significativamente o score dos autocuidados gerais de saúde.

O estudo das variáveis preditoras das práticas de autocuidado em saúde, ligadas à disciplina parental, permitiu concluir que: quanto à responsabilidade, a partilha entre o pai e a mãe de forma equitativa da responsabilidade pela disciplina, revelou-se variável preditora positiva das práticas de autocuidado em saúde e dos autocuidados gerais de saúde, apenas para as jovens adultas.

São variáveis preditoras das práticas de autocuidado em saúde a afetividade/apoio do pai, para os jovens adultos do sexo masculino. Já para as jovens adultas, são variáveis preditoras das práticas de autocuidado em saúde, o contexto em que a mãe exerce a disciplina; a partilha equitativa da responsabilidade parental na disciplina e a impulsividade da mãe no exercício da disciplina.

Já nas variáveis preditoras das práticas de autocuidado em saúde ligadas aos métodos disciplinares, a disciplina punitiva revelou-se variável preditora dos autocuidados associados à alimentação equilibrada. Neste estudo a disciplina punitiva revelou-se uma variável preditora negativa, quando exercida pelo pai, para os autocuidados ligados à alimentação equilibrada, mas apenas para os jovens adultos do sexo masculino. A disciplina punitiva como forma educativa é classicamente apontada pelos seus efeitos negativos a curto, médio e longo prazo (Straus & Fauchier, 2007). A vasta investigação sobre os métodos disciplinares tem evidenciado os processos punitivos como fatores de risco para um enorme número de perturbações no desenvolvimento infantil (Straus & Fauchier, 2001; Socolar et al, 2004). E, portanto, a constatação de que disciplina punitiva demonstrou ter um efeito preditor dos autocuidados em saúde não constituiu nenhum resultado surpreendente. No entanto, o facto de um aumento da disciplina punitiva apenas ter um poder explicativo de menores níveis dos autocuidados associados a uma alimentação equilibrada e apenas quando esta disciplina é

exercida pelo pai e para os jovens adultos do sexo masculino, coloca desafios em termos de estudos futuros, particularmente pelas implicações clínicas que possam estar ligadas. Por exemplo, no que diz à relação pai-filho, numa dinâmica de acompanhamento do desenvolvimento de ambos os intervenientes no ciclo de vida e em relação interpessoal permanente e vínculo familiar.

Dos aspetos do contexto disciplinar parental, este estudo revelou que é variável preditora das práticas de autocuidado em saúde, a maior pontuação dos aspetos contextuais da situação disciplinar, apenas quando a mãe corrige os maus comportamentos infantis, e apenas para as jovens adultas. Dito de outro modo, para as jovens adultas deste estudo, uma maior pontuação do conjunto de todos os aspetos da situação disciplinar, em que a mãe corrige os maus comportamento das filhas, é preditor de maior nível de práticas de autocuidado em saúde, para as jovens adultas sendo esses aspetos: a confiança; a ineficácia percebida da disciplina; o stress e os conflitos entre os pais.

Finalmente, quanto ao modo como a disciplina parental é exercida, constatámos que são variáveis preditoras das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos deste estudo, a afetividade/apoio; a impulsividade e o aviso dos pais perante os maus comportamentos infantis. Porém, cada uma destas variáveis é preditora de diferentes áreas das práticas de autocuidado em saúde, em função do sexo dos filhos e se é o pai ou a mãe a exercer a disciplina.

Assim, a afetividade/apoio revelou-se variável preditora para as práticas de autocuidado em saúde e para as suas diferentes subescalas nomeadamente, para os autocuidados associados a uma alimentação equilibrada; dos autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social e dos autocuidados gerais de saúde. A afetividade/apoio, manifestados pelo pai no exercício da disciplina, é variável preditora positiva das práticas de autocuidado em saúde e dos autocuidados de autorregulação pessoal e do envolvimento social, para os jovens adultos do sexo masculino e também preditora dos autocuidados associados a uma alimentação equilibrada para os jovens adultos de ambos os sexos. Por último a afetividade/apoio manifestados pela mãe é variável preditora positiva dos autocuidados gerais de saúde para os jovens adultos do sexo masculino.

A constatação de que, a afetividade/apoio na disciplina parental é variável preditora das práticas de autocuidado em saúde, é um resultado expectável. Contudo, não deixa de ser surpreendente o facto de, apesar da afetividade/apoio ser variável preditora das práticas de autocuidado para os jovens adultos, esta é apenas variável preditora para as jovens adultas, nos autocuidados para

providenciarem uma alimentação equilibrada, ao contrário dos jovens adultos do sexo masculino, onde se observa que esta é variável preditora dos autocuidados para todas áreas. Curiosamente a afetividade/apoio manifestada pela mãe é apenas preditora dos autocuidados gerais de saúde dos jovens adultos do sexo masculino. Enquanto a afetividade/apoio na disciplina exercida pelo pai é preditora das práticas de autocuidado em saúde e das áreas específicas de autocuidados associados à autorregulação pessoal e de envolvimento social e associados à alimentação equilibrada.

Através destes resultados, ficou demonstrado que os efeitos da afetividade/apoio expressos na interação do pai com os filhos na disciplina perante os maus comportamentos infantis persistem até à idade adulta, sob a forma de maior ou menor envolvimento dos jovens adultos nas práticas de autocuidado em saúde, e nas áreas específicas dos autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social e dos autocuidados associados à alimentação equilibrada, para os jovens do sexo masculino, e nos autocuidados associados a uma alimentação equilibrada para os jovens adultos do sexo feminino.

Durante décadas de estudos se tem evidenciado que a falta de afetividade na interação dos pais/filhos, particularmente nos primeiros anos de vida, tem efeitos devastadores na saúde, no crescimento e desenvolvimento da criança (Bowlby, 1980; 1988). Também nesta linha de pensamento, vários estudos têm demonstrado que existe uma forte probabilidade de ocorrerem processos evolutivos de forma adaptada, quando as relações são positivas e calorosas (Belsk & Jaffe, 2006). Com este estudo pudemos constatar que a afetividade/apoio expressos na interação pais/filho em situações disciplinares corretivas, perante os maus comportamentos infantis, tem efeitos positivos nos comportamentos em saúde como são os autocuidados em saúde. Mesmo tratando-se de situações de conflito entre os pais e os filhos, onde é necessário estabelecer limites e/ou fazer cumprir regras, perante os maus comportamentos infantis, a afetividade/apoio é preditor positivo das práticas de autocuidado em saúde. No entanto o facto da afetividade/apoio no exercício da disciplina ser preditor das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, maioritariamente associado à disciplina do pai, sendo para a mãe apenas num dos domínios do autocuidado, coloca questões relativamente ao desempenho dos papéis parentais tradicionais. Sendo a afetividade e o apoio dimensões próprias da relação cuidativa, e sendo este um papel tradicionalmente ligado à figura materna, o que seria expectável é que esta variável fosse preditora das práticas de autocuidado em saúde, quando a disciplina fosse exercida pela mãe, ao contrário dos resultados observados neste estudo. Se acrescentarmos a este resultado também os resultados relativos ao modo como a disciplina é exercida, onde as

mães têm maiores pontuações, em todos os aspetos, comparativamente aos pais, nomeadamente nos níveis de afetividade/apoio. Por conseguinte, este resultado coloca questões para estudos futuros, no sentido da compreensão das circunstâncias que possam estar na origem das diferenças observadas neste estudo. Sem que a questão das diferenças seja importante por si, mas sim porque, tais diferenças podem traduzir circunstâncias parentais que se constituam como ameaças a desigualdades na qualidade da interação das mães com os filhos, com implicações no desenvolvimento das crianças e da família.

Ainda, relativamente ao modo como a disciplina é implementada, este estudo revelou que a impulsividade é uma variável preditora dos autocuidados de autorregulação pessoal e do envolvimento social, apenas para as jovens adultas. De modo que, quanto mais elevada é a pontuação da impulsividade da mãe, no exercício da disciplina parental, menor é a pontuação dos autocuidados de autorregulação pessoal e do envolvimento social.

Ao contrário da afetividade/apoio, a impulsividade é uma variável preditora que se apresenta como prejudicial à construção das práticas de autocuidado, particularmente para os autocuidados de autorregulação pessoal e de envolvimento social das jovens adultas. As mães ao adotarem as práticas disciplinares de forma impulsiva, podem fazê-lo não dando a atenção necessária ao estado psicológico das crianças. Com a falta de atenção necessária, a mãe não terá disponibilidade para um cuidado afetivo, nas circunstâncias que envolvem ações como dar orientações e/ou estabelecer limites perante os maus comportamentos infantis. Deste modo, mesmo que as mães adotem métodos disciplinares não punitivos, eles irão ser percebidos como punitivos, pelo humor negativo muitas vezes associados à impulsividade. Por outro lado, a mãe, através do uso da impulsividade, está a ensinar um comportamento impulsivo e desta forma pode prejudicar o desenvolvimento de capacidade de decisão dos filhos (Straus & Fauchier, 2007).

Já o aviso na implementação da disciplina da mãe, para além da afetividade/apoio do pai, é a variável com poder explicativo dos autocuidados associados a uma alimentação equilibrada das jovens adultas e quando é exercido pela mãe. De modo que, quanto maior é a pontuação do aviso da mãe, quando esta exerce a disciplina, mais elevada é a pontuação dos autocuidados associadas a uma alimentação equilibrada.

### **Limitações e implicações do estudo**

Não obstante os relevantes resultados obtidos com o nosso estudo, este encerra algumas limitações que podem ter influenciado os resultados as quais devem ser consideradas, especialmente em estudos posteriores.

Uma primeira limitação prende-se, desde logo, com a utilização de uma amostra de estudantes que constitui uma limitação à generalização dos resultados. Uma outra limitação decorre da utilização de instrumentos de autorrelato que, como é já conhecido na literatura, obriga a uma relativização dos resultados, pois é frequente o efeito da desejabilidade social nas respostas a este tipo de instrumentos.

A estratégia usada para aceder à informação sobre a disciplina exercida na infância, exigiu dos estudantes um exercício de recordação retrospectiva de vários anos passados, o que pode constituir-se uma limitação, devido a possíveis enviesamentos da memória a longo prazo ainda que, em estudos realizados com estudantes do ensino superior e com o mesmo instrumento (DDI, Straus & Fauchier, 2007), apenas 7% referiram ter tido dificuldade em lembrar-se (Straus & Fauchier, 2007).

Os dados sobre o mau comportamento foram diferenciados apenas através daquilo que os jovens adultos consideraram ser um mau comportamento com e sem gravidade. O que pode não estar de acordo com aquilo que clinicamente se considera um mau comportamento grave ou menos grave. Apesar de alguma forma esta característica poder ser uma limitação, pode também ser considerada uma mais-valia, porque a disciplina foi implementada em resposta ao que os pais consideraram ser um mau comportamento, na perspetiva dos jovens adultos.

Face à riqueza e à diversidade da informação relativa à construção das práticas de autocuidado em saúde dos jovens adultos, reunida no presente estudo, constatamos que, esta acabou por não ser verdadeiramente potenciada no nosso estudo, devido à utilização de análises quantitativas. As correlações e as regressões, encontradas neste estudo, não responderam às questões sobre o sentido de tais influências, pois este não era nosso objetivo, mas poderá ser interessante vir a explorar tal conteúdo. A utilização de uma abordagem qualitativa poderia permitir uma maior riqueza e profundidade para a compreensão do processo de construção das práticas de autocuidado. A nossa opção pela análise quantitativa prendeu-se essencialmente com questões de coerência metodológica, no entanto temos consciência de que perdemos uma oportunidade de potenciar o contributo dos jovens adultos para a compreensão do padrão e das estruturas que promovem a construção das práticas de autocuidado em saúde.

Apesar das limitações mencionadas, parece-nos que o presente estudo poderá constituir-se um contributo relevante para a área de investigação da promoção do autocuidado como um recurso em saúde. Dada a natureza claramente exploratória do estudo e o seu enfoque inovador, parece-nos que o presente trabalho permitirá, mais do que apresentar respostas ou conclusões, lançar novas e diferentes questões para a área da investigação.

A realidade traduzida nestes resultados, de resto similar a alguns estudos internacionais, coloca desafios aos profissionais envolvidos na promoção da saúde da criança e da família, uma vez que, a forma como os pais gerem a interação com os filhos na correção dos comportamentos na infância influencia claramente o desenvolvimento de práticas de autocuidado em saúde dos seus filhos a longo prazo e em questões tão basilares como a alimentação, por exemplo.

Os resultados relativos às práticas de autocuidado em saúde apresentam-se relevantes para a determinação de prioridades em saúde, dos cidadãos para a referida faixa etária. Os baixos níveis de envolvimento nas práticas de autocuidado em saúde, apresentam riscos para a saúde, a curto, médio e longo prazo. A fase inicial do processo de autonomização, em que os jovens adultos se encontram, orienta para necessidades de intervenção terapêutica de supervisão e apoio educativo para o autocuidado em saúde.

Os jovens adultos são, claramente, um grupo populacional que, pelas suas características de natureza psicossocial, coloca novos desafios na promoção de recursos pessoais, nomeadamente de recursos de decisão. Face às necessidades normativas para esta fase da vida, sugerem-se intervenções para a promoção do autocuidado como um recurso em saúde, com centralidade sobretudo na potenciação de recursos pessoais, promovendo um pensamento pró-ativo e autorregulador na gestão das práticas de autocuidado em saúde, para todas as áreas do autocuidado e particularmente na área da alimentação. No entanto, ainda que as áreas de intervenção em saúde, para esta faixa etária estejam claramente definidas nos documentos orientadores para os profissionais, quer nacionais, quer internacionais, a promoção do cuidar de si próprio e os fatores que o influenciam carecem de ser melhor compreendidos.

A constatação de que o sexo é um fator que influencia as práticas de autocuidado em saúde sugere que se faça a diferenciação nos planos assistenciais, de modo a que se atenda às diferentes necessidades e às diferentes formas de atendimento. O facto de as jovens adultas apresentarem níveis mais elevados nas práticas de autocuidado em saúde, comparativamente aos jovens adultos, suscita a necessidade de uma análise mais aprofundada da influência do sexo nas práticas de autocuidado, pelas repercussões que estas têm na saúde.

Quanto aos fatores do contexto familiar associados às práticas de autocuidado em saúde, nomeadamente os fatores preditores do autocuidado em saúde dos jovens adultos, ligados à qualidade da interação dos pais com os filhos na correção dos maus comportamentos na infância, estes colocam desafios à investigação em enfermagem, no sentido de esclarecer sobre a influência da afetividade/apoio; da impulsividade e do aviso, na interação enfermeiro/utente, ao nível da intervenção terapêutica.

Na área da disciplina parental, sugere-se, para estudos futuros, a adoção de um modelo analítico do processo disciplinar, que inclua não só os métodos disciplinares, mas também os aspetos do contexto e do modo do exercício da disciplina, conjuntamente com os maus comportamentos infantis, com a possibilidade de se fazer a separação das respostas para os pais e para as mães.

Pensamos que o conhecimento alcançado neste estudo, sobre o autocuidado e os fatores que o influenciam, contribuiu para o desenvolvimento da teoria de enfermagem do autocuidado de Orem, atualmente utilizada não só para orientar a pesquisa como também para a clínica e a formação. Os nossos resultados reforçam ser importante entender as diferentes interações significativas, estabelecidas ao longo da vida, para a compreensão da construção das práticas de autocuidado em saúde, como um processo de aprendizagem ao longo da vida, tal como defendido por Orem (2001).

Esperamos que o presente trabalho possa ajudar os profissionais envolvidos na promoção do autocuidado em saúde e na promoção da disciplina parental, nomeadamente na sustentação de novos modelos assistenciais; para os investigadores interessados em conhecer e compreender melhor a disciplina parental e as necessidades em saúde desta população e para os próprios jovens adultos a olharem com maior cuidado e especificidade para o que se passa, no período em que se afastam do apoio e supervisão dos pais e constroem dinâmicas do seu quotidiano, que comportam riscos para o processo de autonomização das suas ações e decisões, com implicações para a saúde pessoal e do grupo em que se inserem.

Em síntese, a teoria e a investigação sobre a construção das práticas de autocuidado em saúde constituem-se como quadro de referência para a prática clínica, sobretudo num tempo de grandes transformações, a que a saúde não é alheia e onde os contextos de vida se assumem cada vez mais como objeto de análise científica. A área clínica de enfermagem constitui-se um campo privilegiado de construção do conhecimento, gerando novas questões e oportunidades de investigação. É nesta dialética e no cruzamento de diferentes saberes que o conhecimento científico no domínio da enfermagem se constrói, se transforma e se complexifica.



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, S. M., & Daly, K. J. (2007). *The effects of father involvement: An updated research summary of the evidence*. Guelph, Canada: University of Guelph, Centre for Families, Work & Well-Being.
- Alvarenga, P., & Piccinini, C. (2001). Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), 449-460. doi: 10.1590/S0102-79722001000300002
- Aksan, N., & Kochanska, G. (2005). Conscience in childhood: Old questions, new answers. *Developmental Psychology*, 41(3), 506–516. doi: 10.1037/0012-1649.41.3.506
- Anderson, J. A. (2001). Understanding homeless adults by testing the theory of self-care. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 59-67. doi: 10.1177/08943180122108067
- Andrews, D. R., David, R., & Aroian, K. (2009). Factor structure of the Denyes self-care practice instrument (DSCPI-90). *Western Journal of Nursing Research*, 31(6), 799-811. doi: 10.1177/0193945909337726
- Andrews, D. R., & Wan, T. T. (2008). The importance of mental health to the experience of job strain: An evidence guided approach to improve retention. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 340-351. doi: 10.1111/j.1365-2934.2008.00852.x
- Arendt, H. (2001). *A condição humana*. Lisboa, Portugal: Relógio D'Água.
- Arnett, J. J. (2003). Conceptions of the transition to adulthood among emerging adults in American ethnic groups. *New Directions in Child and Adolescent Development*, 100, 63-75. doi: 10.1002/cd.75
- Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5(2), 137-144. doi: 10.1037/1040-3590.5.2.137
- Ateah, C. & Parkin, M. (2002). Childhood experiences with, and current attitudes toward, corporal punishment. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 21(1), 35-46. doi: 10.7870/cjcmh-2002-0004
- Backer, B. L., Heller, T. L., & Henker, B. (2000). Expressed emotion, parenting stress and adjustment in mothers of young children with behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(7), 907-915. doi: 10.1111/1469-7610.00678
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564–572. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01125.x
- Backman, K., & Hentinen, M. (2001). Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(3), 195-202. doi: 10.1046/j.1471-6712.2001.00007.x

- Baker, D. W., Asch, S. M., Keeseey, J. W., Brown, J. A., Chan, K. S., Joyce, G. J., & Keeler, E. B. (2005). Differences in education, knowledge, self-management activities, and health outcomes for patients with heart failure cared for under the chronic disease model: The improving chronic illness care evaluation. *Journal of Cardiac Failure, 11*(6), 405–413. doi: 10.1016/j.cardfail.2005.03.010
- Baker, K. L., & Denyes, J. M. (2008). Predictores of self-care in adolescents with cystic fibrosis: A test of Orem's theories of self-care and self-care deficit. *Journal of Pediatric Nursing, 23*(1), 37-48. doi: 10.1016/j.pedn.2007.07.008
- Baker, S. (1997). The relationships of self-care agency and self-care to caregiver strain as perceived by female family caregivers of elderly parents. *Journal of the New York State Nurses Association, 28*(1), 7-11.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology, 52*, 1-26. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.1
- Bandura, A. (2005). Adolescent development from an agentic perspective. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (Vol. 5., pp. 1-43). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Basch, C. (1987). Focus group interview: An underutilized research technique for improving theory and practice in health education. *Health Education Quarterly, 14*(4), 411-448. doi: 10.1177/109019818701400404
- Belsky, J., & Jaffe, S. R. (2006). The multiple determinants of parenting. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2<sup>nd</sup> ed., Vol. 3, pp. 38-85). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Bender, H. L., Allen, J. P., McElhaney, K. B., Antonishak, J., Moore, C. M., Kelly, H. O., & Davis, S. M. (2007). Use of harsh physical discipline and developmental outcomes in adolescence. *Developmental Psychopathology, 19*(1), 227-242. doi: 10.1017/S0954579407070125
- Bente, H., Wagner, L., & Hall, E. (2007). Self-care as a health resource of elders: An integrative review of the concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 21*(4), 456–466. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00491.x
- Bertolini, L. B. (2002). Funções paternas, maternas e conjugais na sociedade ocidental. In A. L. Bertolini (Org.), *Relações entre o trabalho da mulher e a dinâmica familiar* (pp. 27-31). São Paulo, Brasil: Vetor.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model: Part 2. *Journal of the American Medical*

*Association*, 288(15), 1909–1914. Recuperado de <http://www.uft-a.com/PDF/JAMABodenheimer-Part210-02.pdf>

- Bornstein, M. H. (2007). On the significance of social relationships in the development of children's earliest symbolic play: An ecological perspective. In A. Gönçü & S. Gaskins (Eds.), *Play and development* (pp. 101-129). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss* (Vol. 3). New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.
- Brener, V., & Fox, R. A. (1998). Parental discipline and behavior problems in young children. *The Journal of Genetic Psychology*, 159(2), 251-256. doi: 10.1080/00221329809596149
- Bronfenbrenner, U. (2004). *Making human beings human: Biocological perspectives on human development*. London, England: Sage.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (pp. 993-1027). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Bulanda, R. E. (2004). Paternal involvement with children: The influence of gender ideologies. *Journal of Marriage and Family*, 66(1), 40–45. doi: 10.1111/j.0022-2455.2004.00003.x
- Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Leplège, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., . . . Ware, J. E., Jr. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The IQOLA Project approach. *Journal Clinical Epidemiology*, 51(11), 913-923. doi: 10.1016/S0895-4356(98)00082-1
- Burbank, P. M. (1992). An exploratory study: Assessing the meaning in life among older adult clients. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(9), 19-28. doi: 10.3928/0098-9134-19920901-06
- Burks, K. J. (1999). A nursing practice model for chronic illness. *Rehabilitation Nursing*, 24(5), 197–200. doi: 10.1002/j.2048-7940.1999.tb02177.x
- Burleson, B. R. (1983). Interactional antecedents of social reasoning development: Interpreting the effects of parent discipline on children. In D. Zarefsky, M. O. Sillars & J. R. Rhodes (Eds.), *Argument in transition: Proceedings of the third summer conference on argumentation* (pp. 597-610). Annandale, VA: Speech Communication Association.
- Cabrera, N., Tamis-LeMonda, C. S., Bradley, R. H., Hofferth, S., & Lamb, M. F. (2000). Fatherhood in the twenty-first century. *Child Development*, 71(1), 127-136. doi: 10.1111/1467-8624.00126
- Cabrera, N., Fitzgerald, H., Bradley, R., & Roggman, L. (2007). Modeling the dynamics of paternal influences on children over the life course. *Applied Developmental Science*, 11(4), 185-189. doi: 10.1080/10888690701762027

- Callaghan, D. M. (2003). Health-promoting self-care behaviors, self-care self-efficacy, and self-care agency. *Nursing Science Quarterly*, 16(3), 247-254. doi: 10.1177/0894318403016003016
- Callaghan, D. M. (2005). Health behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. *Journal of Community Health Nursing*, 22(3), 169-178. doi: /10.1207/s15327655jchn2203\_4
- Callaghan, D. M. (2006). Basic conditioning factors influences on adolescents healthy behaviours, self-efficacy and self-care. *Issues of Comprehensive Pediatric Nursing*, 29(4), 191-204. doi: 10.1080/01460860601087156
- Calvete, E., Gamez-Guadix, M., & Orue, I. (2010). Versión española del inventario de dimensiones de disciplina para adolescentes y estudio de las prácticas de disciplina desde una perspectiva de género. *Anales de Psicología*, 26(2), 410-418.
- Campbell, S. B. (2008). Maladjustment in preschool children: A developmental psychopathology perspective. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 358-377). doi: 10.1002/9780470757703
- Cecconello, A. M., De Antoni, C. E., & Koller, S. H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*, 8(nº especial), 45-54. doi: 10.1590/S1413-73722003000300007
- Clarke, D., Bundy, D., Lee, S., Maier, C., McKee, N., Becker, A., Hoffmann, A.-M. (n.d.). *Skills for health: Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School*. Recuperado de [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/media/en/sch\\_skills4health\\_03.pdf](http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf)
- Conselho Nacional de Educação. (2011). *Estado de educação 2011: A qualificação dos portugueses*. Recuperado de [http://www.cnedu.pt/content/edicoes/estado\\_da\\_educacao/Estado\\_da\\_Educacao\\_2011.pdf](http://www.cnedu.pt/content/edicoes/estado_da_educacao/Estado_da_Educacao_2011.pdf)
- Cook, W. L. (2000). Understanding attachment security in family context. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 285-294. doi: 10.1037/0022-3514.78.2.285
- Craig, L. (2006). Does father care mean fathers share?: A comparison of how mothers and fathers in intact families spend time with children. *Gender & Society*, 20(2), 259-281. doi: 10.1177/0891243205285212
- Darling, N., Cumsille, P., & Loreto Martinez, M. (2008). Individual differences in adolescents' beliefs about the legitimacy of parental authority and their own obligation to obey: A longitudinal investigation. *Child Development*, 79(4), 1103-1118. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01178.x
- Dashiff, C. J. (2003). Self-and dependent-care responsibility of adolescents with IDDM and their parents. *Journal of Family Nursing*, 9(2), 166-183. doi: 10.1177/1074840703251970
- Dashiff, C. J., McCaleb, A., & Cull, V. (2006). Self-care of young adolescents with type I Diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(3), 222-232. doi: 10.1016/j.pedn.2005.07.013

- Denyes, M. J. (1980). Development of an instrument to measure self-care agency in adolescents. *Dissertation Abstracts International*, 41(5), 1716-B.
- Denyes, M. J. (1982). Measurement of self-care agency in adolescents. *Nursing Research*, 31(1), 31-63.
- Denyes, M. J. (1988). Orem's model used for health promotion: Directions from research. *Advances in Nursing Science*, 11(1), 13-21. doi: 10.1097/00012272-198810000-00003
- Denyes, M. J., Orem, D. E., & SozWiss, B. G. (2001). Self-care: A foundational science. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 48-54. doi: 10.1177/089431840101400113
- DiPietro, J. A. (2000). Baby and the brain: Advances in child development. *Annual Review of Public Health*, 21(1), 455-471. doi: 10.1146/annurev.publhealth.21.1.455
- Direcção Geral da Saúde. (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016: 1. enquadramento do plano nacional de saúde*. Lisboa, Portugal: Autor. Direcção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, Direcção de Serviços de Estatísticas da Educação. (s.d.). *Estatísticas da Educação 2013/2014*. Recuperado de [http://www.dgeec.mec.pt/np4/96/7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=45&fileName=EE2014.pdf](http://www.dgeec.mec.pt/np4/96/7B$clientServletPath%7D/?newsId=45&fileName=EE2014.pdf)
- Dooris, M., Poland, B., Kolbe, L., Leeuw, E., McCall, D., & Wharf-Higgins, J. (2007). Healthy settings: Building evidence for the effectiveness of whole system health promotion: Challenges and future directions. In D. V. McQueen & C. M. Jones (Eds.), *Global perspectives on health promotion effectiveness* (pp. 327-352). New York, NY: Springer.
- Durham, N. H., & Khoury-Kassabri, M. (2007, July). *Discipline methods used by Arab and Jewish mothers of children age 6 to 9 in Israel*. Paper presented at the International Family Violence and Child Victimization Research Conference, of Family Research Laboratory, Portsmouth, NH.
- Durrant, J. E., & Ensom, R. (2012). Physical punishment of children: Lessons from 20 years of research. *Canadian Medical Association Journal*, 184(12), 1373-1377. doi: 10.1503/cmaj.101314
- Durrant, J. E., Rose-Krasnor, L., & Broberg, A. G. (2003). Physical punishment and maternal beliefs in Sweden and Canada. *Journal of Comparative Family Studies*, 34(4), 586-604.
- Eisenberg, A. R. (1992). Conflicts between mothers and their young children. *Merrill-Palmer Quarterly*, 38(1), 21-43.
- Falcone, E. (2000). Habilidades sociais: Para além da assertividade. In R. C. Wielenska (Ed.), *Sobre comportamento e cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos* (Vol. 6, pp. 211-221). São Paulo, Brasil: SET.
- Fauchier, A., & Straus, M. A. (2007a, July). *Dimensions of discipline by fathers and mothers as recalled by university students*. Paper presented at the International Family Violence and Child Victimization Research Conference, of Family Research Laboratory, Portsmouth, NH.

- Fauchier, A., & Straus, M. A. (2007b, July). *Shared responsibility for discipline and discipline strategies used by mothers and fathers*. Paper presented at the International Family Violence and Child Victimization Research Conference, of Family Research Laboratory, Portsmouth, NH.
- Faulken, M., & Chang, L. (2007). Family influence on self-care, quality of life, and metabolic control in school-age children and adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(1), 59-68. doi: 10.1016/j.pedn.2006.02.008
- Fawcett, J. (2001). The nurse theorists: 21st- century updates: Dorothea E. Orem. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 34-38. doi: 10.1177/08943180122108021
- Forgas, J. R., & George, J. M. (2001). Affective influences on judgments and behavior in organizations: An information processing perspective. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 86(1), 3-34. doi:10.1006/obhd.2001.2971
- Frey, M. A., & Denyes, M. (1989). Health and illness self-care in adolescents with IDDM: A test of Orem's theory. *Advances in Nursing Science*, 12(1), 67-75.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2015). *Retrato de Portugal PORDATA: Edição 2015*. Recuperado de <https://www.pordata.pt/ebooks/PT2015v201510211800/index.html#p=2>
- Gámez-Guadix, M., Straus, M. A., Carrobes, A., Muñoz-Rivas, M., & Almendros, C. (2010). Corporal punishment and long-term behavior problems: The moderating role of positive parenting and psychological aggression. *Psicothema*, 22(4), 529-536.
- Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128(4), 539-579. doi: 10.1037//0033-2909.128.4.539
- Gomide, P. I. (2006). *Inventário de estilos parentais: Modelo teórico: Manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Grusec, J. E., & Goodnow, J. J. (1994). Impact of parental discipline methods on the child's internalization of values: A reconceptualization of current points of view. *Developmental Psychology*, 30(1), 4-19. doi: 10.1037/0012-1649.30.1.4
- Guerra, N. G., Tolan, P. H., Huesmann L. R., Acker, R. V., & Eron, L. D. (1995). Stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 518-528. doi: 10.1037/0022-006X.63.4.518
- Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore, MD: Brookes.
- Hertzman, C. (1999). The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Annals of New York Academy of Science*, 896, 85-95. doi: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08107.x

- Hertzman, C., & Wiens, M. (1996). Child development and long-term outcomes: A population health perspective and summary of successful interventions. *Social Science and Medicine*, 43(7), 1083-1095. doi:10.1016/0277-9536(96)00028-7
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Silabo.
- Hoffman, M. L. (1975). Moral, internalization, parental power, and the nature of parent-child interaction. *Developmental Psychology*, 11(2), 228-239. doi: 10.1037/h0076463
- Hoffman, M. L. (1983). Affective and cognitive processes in moral internalization. In E. T. Higgins, D. N. Ruble & W. W. Hartup (Eds.), *Social cognition and social development: A sociocultural perspective* (pp. 236-274). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011*. Recuperado de [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011\\_apresentacao&xpid=CENSOS](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS)
- Instituto Nacional de Estatística. (s. d.). *Sistema de metainformação*. Recuperado de <http://smi.ine.pt/>
- International Council of Nurses. (2007). *Nurses and primary health care*. Geneva, Switzerland: Author.
- Irwin L. G., & Johnson, J. L. (2005). Interviewing young children: Explicating our practices and dilemmas. *Qualitative Health Research*, 15(6), 821-831. doi: 10.1177/1049732304273862
- Irwin L. G., Johnson, J. L., Henderson, A., Dahinten V. S., & Hertzman, C. (2007b). Examining how contexts of daily life influence children's perspectives of health. *Child: Care, Health and Development*, 33(4), 353-359. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00668.x
- Irwin, L. G., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2007a). *Early child development: A powerful equalizer: Final report*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69729/1/a91213.pdf>
- Jain, S., & Kurz, K. (2007). *New insights on preventing child marriage: A global analysis of factors and programs*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empower. *Development and Change*, 30(3), 435-464. doi: 10.1111/1467-7660.00125
- Kickbusch, I. (1989). Self-care in health promotion. *Social Science and Medicine*, 29(2), 125-130. doi: 10.1016/0277-9536(89)90160-3

- Kiernan, K., & Pickett, K. E. (2006). Marital status disparities in maternal smoking during pregnancy, breastfeeding and maternal depression. *Social Science and Medicine*, 63(2), 335-346. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.01.006
- Lamb, M. E. (2012). Mathers, fathers, families, and circumstances: Factors affecting children's adjustment. *Applied Development Science*, 16(2), 98-111. doi: 10.1080/10888691.2012.667344
- Laible, D., Eye, J., & Carlo, G. (2008). Dimensions of conscience in mid-adolescence: Links with social behavior, parenting, and temperament. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(7), 875-887. doi: 10.1007/s10964-008-9277-8
- Leeuwen, K. G., Fauchier, A., & Straus, A. M. (2012). Assessing dimensions of parental discipline. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(2), 216-231. doi: 10.1007/s10862-012-9278-5
- Lorig, K. R., & Holman H., (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601\_01
- Lubi, A. P. (2003). Estilo parental e comportamento socialmente habilidoso da criança com pares. In M. Z. Brandão, F. C. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: A história e os avanços, a seleção por consequências em ação* (pp. 536-541). Santo André, Brasil: Centro Educacional de Tecnologia ESETEC Brasil.
- Maccoby, E. E. (2007). Historical overview of socialization research and theory. In J. E. Grusec & P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization: Theory and research* (pp. 13-41). New York, NY: Guilford Press.
- Malhotra, A., & Schuler, S. R. (2002). Measuring women's empowerment as a variable in international development. In D. Narayan (Ed.), *Measuring empowerment: Cross-disciplinary perspectives* (pp. 71-88). Washington, DC: World Bank.
- Mansdotter, A., Lindholm, L., & Winkvist, A. (2007). Paternity leave in Sweden: Costs, savings and health gains. *Health Policy*, 82(1), 102-115. doi: 10.1016/j.healthpol.2006.09.006
- McCaleb, A. (1995). Global and multidimensional self-concept as a predictor of health practices in middle adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 8(2), 18-26. doi: 10.1111/j.1744-6171.1995.tb00526.x
- McCaleb, A., & Cull, V. V. (2000). Sociocultural influences and self-care practices of middle adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(1), 30-35. doi:10.1016/S0882-5963(00)80021-4
- McCaleb, A., & Edgil, A. (1994). Self-concept and self-care practices of health adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 9(4), 233-238.

- McGrath, K. C. (1981). *A study of self-care agency of adolescents within an ambulatory health care setting* (Unpublished master's thesis). Wayne State University, Detroit, MI.
- McKie, L., Bowlby, S., & Gregory, S. (2004). Starting well: Gender, care and health in the family context. *Sociology*, 38(3), 593–611. doi: 10.1177/0038038504043220
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, A. M., & Iris, M. (2002). Health promotion attitudes and strategies in older adults. *Health Education & Behavior*, 29(2), 249-267. doi: 10.1177/1090198102029002009
- Modig, C. (2009). *Violência jamais: Trinta anos da abolição do castigo físico na Suécia*. Recuperado de [http://resourcecentre.savethechildren.se/sites/default/files/documents/2762\\_0.pdf](http://resourcecentre.savethechildren.se/sites/default/files/documents/2762_0.pdf)
- Monteiro, L., Veríssimo, M., Santos, A. J., & Vaughn, B. (2008). Envolvimento paterno e organização dos comportamentos de base segura das crianças em famílias portuguesas. *Análise Psicológica*, 26(3), 395-409.
- Moreira, J. M. (2009). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Musto, J. B. (1986). *Perceived health status, self-care-agency, and self-care practices of adolescent parents within a high school setting* (Unpublished master's thesis). Wayne State University, Detroit, PA.
- Nursing Development Conference Group. (1973). *Concept formalization in nursing: Process and product*. Boston, MA: Little Brown.
- Orem, D. E. (1956). The art of nursing in hospital nursing service: An analysis. In K. M. Renpenning & S. G. Taylor (Eds.), *Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem* (pp. 6-17). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Orem, D. E. (1979). *Concept formalization in nursing: Process and product* (2<sup>nd</sup> ed.). Boston, MA: Little Brown.
- Orem, D., (2001). *Nursing concepts of practice St. Louis*: Mosby.
- Ozgun, O. & Honig, A. (2005). Parental involvement and spousal satisfaction with division of early childcare in Turkish families with normal children and children with special needs. *Early Child Development and Care*, 175(3), 259-270.
- Palkovitz, R. (1996). Parenting as a generator of adult development: Conceptual issues and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 13(4), 571-592. doi: 10.1177/0265407596134006

- Palkovitz, R. (2007). Challenges to modeling dynamics in developing a developmental understanding of father-child relationships. *Applied Development Science, 11*(4), 190-195. doi: 10.1080/10888690701762050
- Parke, R. D. (1996). *Fatherhood: The developing child*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Patterson, G., Reid, J., & Dishion, T. (2002). *Antisocial boys: Comportamento anti-social*. Santo André, Brasil: ESETec Editores Associados.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44*(2), 329-335.
- Peitz, G., Fthenakis, W. E., & Kalicki, B. (2001). *Determinants of paternal involvement during the child's third year of life: Child-care tasks versus pleasure activities*. Poster presented at the Society for Research in Child Development, Minneapolis, MN.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (3ª. ed.)*. Lisboa, Portugal: Sílabo.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescent to adulthood. *Human Development, 51*(1), 40-47. doi: 10.1159/000112531
- Piaget, J. (1998). *Pedagogia*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Pleck, J. H., & Masciadrelli, B. P. (2004). Paternal involvement by U.S. residential fathers: Levels, sources and consequences. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (pp. 222-306). Hoboken, N.S: John Wiley and Sons.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Prazeres, V. (Coord.). (2008). *Saúde, sexo e género: Factos, representações e desafios*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde.
- Promundo. (2014). *Relatório anual 2014*. Recuperado de [http://promundo.org.br/wp-content/uploads/sites/2/2015/09/Promundo-Relatorio\\_Anuar\\_2014-Final-1.pdf](http://promundo.org.br/wp-content/uploads/sites/2/2015/09/Promundo-Relatorio_Anuar_2014-Final-1.pdf)
- Quiroz, S. (2006). *Empowerment: A selected annotated bibliography*. Recuperado de <https://www.shareweb.ch/site/Poverty-Wellbeing/currentpovertyissues/Documents/Empowerment%20A%20Selected%20Annotated%20Bibliography%20-%20Sitna%20Quiroy%202006.pdf>
- Ramey C. T., & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist, 53*(2), 109-120. doi: 10.1037/0003-066X.53.2.109
- Richter, L. (2004). *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: A review*. Recuperado de [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEWjrznfnpyunPAhWJuhKHVJ\\_CVkJQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hsrc.ac.za%2Fen](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEWjrznfnpyunPAhWJuhKHVJ_CVkJQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hsrc.ac.za%2Fen)

%2Fresearch-data%2Fktree-doc%2F963&usg=AFQjCNHInvoMjoQcs-AhzaWMn2d40DyZ3g

- Rosabal-Coto, M. (2008). *Parenting in the Costa Rican context: Parental belief systems, conflict resolution strategies, and cultural orientation in the mother-child interactive context: Two samples study*. Saarbrücken, Germany: VDM Verlag Dr. Müller.
- Rosabal-Coto, M. (2009). Violencia en creencias y prácticas de parentaje en el disciplinar: Aproximación desde la psicología del desarrollo. *Revista Digital de la Maestría en Ciencias Penales*, 1, 389-404. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/RDMCP/article/view/12638/11893>
- Ruffing-Rahal, M. A. (1993). An ecological of group well-being: Implications for health promotion with older women. *Health Care for Women International*, 14(5), 447-456. doi: 10.1080/07399339309516072
- Sabbatini, L., & Leaper, C. (2004). The relations between mothers' and fathers' parenting styles and their division of labor in the home: Young adults' retrospective reports. *Sex Roles*, 50(3), 217-225. doi: 10.1023/B:SERS.0000015553.82390.f7
- Salvo, C. G., Silveiras, E. F., & Toni, P. M. (2005). Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estudos de Psicologia*, 22 (2), 187-195. doi: 10.1590/S0103-166X2005000200008
- Schoppe-Sullivan, S. J., Mangelsdorf, S. C., Brown, G. L., & Sokolowski, M. S. (2007). Goodness-of-fit in family context: Infant temperament, marital quality, and early coparenting behavior. *Infant Behavior and Development*, 30(1), 82-96. doi: 10.1016/j.infbeh.2006.11.008
- Secco, M. L. (2002). The infant care questionnaire: Assessment of reliability and validity in a sample of healthy mothers. *Journal of Nursing Measurement*, 10(2), 97-110. doi: 10.1891/jnum.10.2.97.52555
- Shelton, K. K., Frick, P. J., & Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(3), 317-329. doi: 10.1207/s15374424jccp2503\_8
- Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds) (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Sidani, S. (2012). Self-care. In D. M. Doran (Ed.), *Nursing outcomes: The state of the science* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 79-130). Toronto, Canadá: Jooness & Bartlett Learning.
- Siddiqi, A., Irwin, L. G., & Hertzman, C. (2007). *The total environment assessment model of early child development: Evidence report*. Recuperado de [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/eecd\\_kn\\_evidence\\_report\\_2007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/eecd_kn_evidence_report_2007.pdf)
- Skinner, B. F. (1984). Selection by consequences. *The Behavioral and Brain Sciences*, 7 (4), 477-481.

- Skinner E, Johnson S, & Snyder T. (2005). Six dimensions of parenting: A motivational model. *Parenting: Science and Practice*, 5(2), 175–235. doi: 10.1207/s15327922par0502\_3
- Socolar, R., Savage, E., Devellis, R. F., & Evans, H. (2004). The discipline survey: A new measure of parental discipline. *Ambulatory Pediatrics*, 4(2), 166-173. doi: 10.1367/A03-071R1.1
- Socolar, R. R., & Stein, R. E. (1996). Maternal discipline of young children: Context, belief, and practice. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17(1), 1-8.
- Soderhamn, O. (2000). Self-care as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4), 183-189. doi: 10.1080/110381200300008724
- Solari, O. & Irwin, A. (2005). *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health: Discussion paper for the commission on social determinants of health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Straus, M. A. (2001). *Beating the devil out of them: Corporal punishment in American families and its effects on children* (2<sup>nd</sup> ed.). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Straus, M. A. (2004). Cross-cultural reliability and validity of the revised conflict tactics scales: A study of university student dating couples in 17 nations. *Cross-Cultural Research*, 38(4), 407-432. doi: 10.1177/1069397104269543
- Straus, M. A. (2008). Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. *Children and Youth Services Review*, 30(3), 252-275. doi: 10.1016/j.childyouth.2007.10.004
- Straus, M. A., & Fauchier, A. (2007). *Manual for the dimensions of discipline inventory (DDI)*. Durham, NH: University of New Hampshire, Family Research Laboratory.
- Straus, M. A., & Ramirez, I. L. (2007). Gender symmetry in prevalence, severity, and chronicity of physical aggression against dating partners by University students in Mexico and USA. *Aggressive Behavior*, 33(4), 281-290. doi: 10.1002/ab.20199
- Straus, M. A., & Savage, S. A. (2005). Neglectful behavior by parents in the life history of university students in 17 countries and its relation to violence against dating partners. *Child Maltreatment*, 10(2), 124-135. doi: 10.1177/1077559505275507
- Surowiec, M. K. (1986). *A nursing study of self-care agency, self-care practices, and health status in adolescents with chronic asthma* (Unpublished master's thesis). Wayne State University, Detroit, MI.
- Taylor, S. G. (2001). Orem's general theory of nursing and families. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 7-9. doi: 10.1177/08943180122108139
- Taylor, S. G. (2008). *Theoretical foundations of self-care capabilities*. Paper presented at the 10th World- Congress on Self-Care and Nursing: Reflecting the Past-Conquering the Future, Vancouver BC, Canada.

- Taylor, S. G., & Renpenning, K. (2011). *Self-care science, nursing theory and evidence-based practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Tremblay, R. E. (2003). Why socialization fails: The case of chronic physical aggression. In B. B. Lahey, T. E. Moffitt & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 182-224). New York, NY: Guilford Press.
- United Nations. (2000). *United Nations millennium declaration (A/RES/55/2)*. Washington, DC: Author.
- United Nations Children's Fund. (2007). *State of the world's children 2007: Women and children: The double dividend of gender equality*. Recuperado de [http://www.unicef.org/publications/files/The\\_State\\_of\\_the\\_Worlds\\_Children\\_2007\\_e.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/The_State_of_the_Worlds_Children_2007_e.pdf)
- United Nations Children's Fund. (2009). *Progress for children: A report card on child protection*. New York, NY: Author.
- Wagner, A., Predebon, J., Mosmann, C., & Verza, F. (2005). Compartilhar tarefas?: Papéis e funções de pais e mães na família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 181-186.
- Walk, K. (Coord.). *Observatório das Famílias e das Políticas de Família: Relatório 2012*. Recuperado de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23188/1/ICS\\_KWall\\_SAtalaia\\_MLeitao\\_SMarinho\\_Observatorio\\_RN.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23188/1/ICS_KWall_SAtalaia_MLeitao_SMarinho_Observatorio_RN.pdf)
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1998). Conduct problems and level of social competence in head start children: Prevalence, pervasiveness and associated risk factors. *Clinical Child Psychology and Family Psychology Review*, 1(2), 101-124. doi: 10.1023/A:1021835728803
- World Health Organization. (1984). *Health promotion: A discussion document on the concepts and principles*. Copenhagen, Denmark: Author.
- World Health Organization. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2004). *Health promotion and health lifestyles*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2005). *Towards a conceptual framework analysis and action on the social determinants of health*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization, Regional Office for South East Asia. (2009). *Self-care in the context of primary health care: Report of the regional consultation: Bangkok, Thailand, 7-9 January 2009*. New Delhi, India: Author.

World Health Organization, & Rockefeller Foundation. (1986). *Intersectorial action for health: The way ahead: Report of the World Health Organization/Rockefeller Foundation Meeting, 3-6 march 1986, Bellagion, Italy*. New York, NY: Rockefeller Foundation.

Young, A., Taylor, S., & Renpenning, K. (2001). *Connections: Nursing research, theory and practice*. St. Louis, MO: Mosby.

**ANEXOS**

- Anexo 1 - Distribuição dos inquiridos segundo as suas características formativas**
- Anexo 2 - Síntese dos dados relativos à determinação da amostra probabilística multi-etápica**
- Anexo 3 - *Dimensions of Discipline Inventory* (DDI, Straus & Fauchier, 2007)**
- Anexo 4 - Distribuição dos itens pelas Escalas dos Métodos Disciplinares do DDI (Straus & Fauchier, 2007)**
- Anexo 5 - Distribuição dos itens pelas Escalas do Contexto e do Modo de Implementação da Disciplina Parental**
- Anexo 6 - *Denyes Self Care Practice Instrument* (DSCPI-90, Denyes, 1990)**
- Anexo 7 - Identificação dos itens do *Denyes Self Care Practice Instrument* (DSCPI-90)**
- Anexo 8 - Acordo de utilização do “*Dimensions of Discipline Inventory*” (DDI, Straus & Fauchier, 2007)**
- Anexo 9 - Autorização para a utilização do “*Denyes Self Care Practice Instrument*” (DSCPI-90, Denyes, 1990)**
- Anexo 10 - Declaração de consentimento informado para a participação do estudo**
- Anexo 11 - *Flyer* de sensibilização sobre disciplina parental e o autocuidado de saúde**
- Anexo 12 - *Dimensions of Discipline Inventory* (DDI, Straus & Fauchier, 2007), versão portuguesa**
- Anexo 13 - *Denyes Self Care Practice Instrument* (DSCPI-90, Denyes, 1990), versão portuguesa**



**Anexo 1 - Distribuição dos inquiridos segundo as suas  
características formativas**



<b>Tipo de Ensino</b>	<b>Instituição</b>	<b>Curso</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Ensino Universitário	Faculdade de Medicina	Medicina	145	12,42
	Faculdade de Farmácia	Farmácia	144	12,32
	Faculdade de Direito	Direito	146	12,5
	Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física	Ciências do Desporto	150	12,84
	Psicologia e Ciências da educação	Psicologia	143	12,25
			728	62,33
Ensino Politécnico	Escola Superior de Enfermagem	Enfermagem	209	17,89
	Escola Superior Agrária	Agricultura Biológica	80	6,85
		Engenharia	58	4,96
		Agropecuária	43	3,68
			390	33,38
Cursos de Educação Tecnológica (CETs)	Escola Superior Agrária	Equitação terapêutica e de lazer	7	0,60
		Qualidade alimentar	5	0,43
			12	1,03
Ensino Secundário	Escola Secundária Avelar Brotero	Informática de Gestão	10	0,86
		<i>Design e Moda</i>	9	0,77
			19	1,63
Formação Profissional	CEARTE	Técnico instalador de sistemas solares térmicos	10	0,86
		Técnico de Mesa e Bar	9	0,77
			19	1,63
			<b>1168</b>	<b>100</b>



**Anexo 2 - Síntese dos dados relativos à determinação da  
amostra probabilística multi-etápica**



---

**Estabelecimentos de ensino (secundário e superior) públicos e centros de formação profissional da cidade de Coimbra**

---

**Universidade**

---

- Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física
- Faculdade de Medicina
- Faculdade de Ciências e Tecnologia
- Faculdade de Economia
- Faculdade de Farmácia
- Faculdade de Letras
- Faculdade de Direito
- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Total da população:**

Homens: 6327

Mulheres: 7231

**Total:** 14024

**Tamanho da subamostra por conglomerado:** 702 indivíduos

**Cálculo do nº de faculdades da universidade de Coimbra:** 5

**Faculdades selecionadas:** Psicologia; Direito; Farmácia; Ciências do Desporto e Educação Física; Medicina

---

**Instituições de Ensino Superior Politécnico**

---

- Escola Superior Agrária de Coimbra
- Instituto Superior de Engenharia de Coimbra
- Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra
- Escola Superior de Educação
- Escola Superior de Enfermagem
- Escola Superior de Tecnologias da Saúde

**Total da população:**

Homens: 3093

Mulheres: 4138

**Total:** 7231

**Tamanho da subamostra por conglomerado:** 362 indivíduos

**Cálculo do nº de instituições do ensino superior politécnico:** 2

**Instituições selecionadas:** Escola Superior de Enfermagem; Escola Superior Agrária

---

---

### Instituições de Educação Tecnológica (CETs)

---

- Escola Superior Agrária de Coimbra
- Instituto Superior de Engenharia de Coimbra
- Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra

**Total da população:**

Homens: 81

Mulheres: 68

**Total:** 149

**Tamanho da subamostra por conglomerado:** 8 indivíduos

**Cálculo do nº de Instituição dos CETs:** 1

**Instituições selecionadas:** Escola Superior Agrária

---

### Instituições de Ensino Secundário – Cursos Profissionais

---

- Escola Secundária de D. Duarte
- Escola Secundária de Avelar Brotero
- Escola Secundária de D. Dinis
- Escola Secundária de Jaime Cortesão

**Total da população:**

Homens: 220

Mulheres: 105

**Total:** 325

**Tamanho da subamostra por conglomerado:** 16 indivíduos

**Cálculo do nº de Instituições de ensino secundário profissional:** 1

**Instituições selecionadas:** Escola Secundária de Avelar Brotero

---

### Centros de Formação Profissional

---

- Centro de Formação Profissional de Coimbra
- Centro de Formação Profissional do Artesanato- Cearte
- Centro de Formação e de Inovação Tecnológica- Inovinter
- Centro de Formação da Reparação Automóvel- Cepra
- Centro de Formação Profissional do Comércio e afins- Cecoa
- Centro Protocolar de Formação da Justiça

**Total da população:**

Homens: 202

Mulheres: 110

**Total:** 312

**Tamanho da subamostra por conglomerado:** 16 indivíduos

**Nº de instituições de formação profissional =** 1

**Instituições selecionadas:** Cearte

---

**Anexo 3 - *Dimensions of Discipline Inventory* (DDI, Straus  
& Fauchier, 2007)**



**DIMENSIONS OF DISCIPLINE QUESTIONNAIRE, Form A**  
© 2005-2007 Murray A. Straus and Angèle Fauchier  
Family Research Laboratory, University of New Hampshire

Answer Selection: Correct = ● Incorrect = ✕ ✖ ⊖

**A. BACKGROUND**

1. Your sex:  Male  
 Female

2. How old were you at your last birthday: \_\_\_\_\_ years old

3. Do you have any children?  Yes  No

If yes, please list the ages of the children:

Girls: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Boys: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4. How many siblings do you have?

Biological siblings: \_\_\_\_\_ sisters \_\_\_\_\_ brothers

Half siblings: \_\_\_\_\_ half-sisters \_\_\_\_\_ half-brothers

Step siblings: \_\_\_\_\_ step-sisters \_\_\_\_\_ step-brothers

Other children who grew up with you (specify relationship): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ girls \_\_\_\_\_ boys

5. Your racial/ethnic identification:  ① Asian  
 ② African-American/Black  
 ③ Caucasian/White  
 ④ Native American/Pacific Islander  
 ⑤ Hispanic/Latino(a)  
 ⑥ Other \_\_\_\_\_  
 ⑦ More than one race

6. What is your parents' marital status?

- ① Your biological parents are married to each other  
 ② Your biological parents are not married but are currently together  
 ③ Your biological parents are separated or divorced  
 ④ Your biological parents never lived together  
 ⑤ One or both of your biological parents has died  ⑥ Mother  ⑦ Father  
 ⑧ You did not live with your biological parents because you were adopted

7. If separated, divorced, or never together, what is the marital status of your biological mother?

- ① Single
- ② Remarried
- ③ Living with partner
- ④ Widowed
- ⑤ Other \_\_\_\_\_

8. If separated, divorced, or never together, what is the marital status of your biological father?

- ① Single
- ② Remarried
- ③ Living with partner
- ④ Widowed
- ⑤ Other \_\_\_\_\_

- If you were raised exclusively by your biological parents, you should answer the following questions about them.
- If you were raised by someone in addition to your biological parents, you should answer for the mother-figure and father-figure that had the biggest role in raising you when you were age 10.
  - For example, if your biological father shared custody of you with your biological mother and stepfather, you should answer for whichever father-figure had a bigger role in disciplining you.
- If you were raised by parents of the same sex, please explain under Other (for example, report on biological father as "Father" and other father as "Mother," or biological mother as "Mother" and grandmother as "Father").

9. Which mother-figure will you be describing (the person who had the biggest role in disciplining you at age 10)?

- ① Biological mother
- ② Adoptive mother
- ③ Foster mother
- ④ Stepmother
- ⑤ Father's girlfriend
- ⑥ Other adult female relative (specify relationship) \_\_\_\_\_
- ⑦ Other (specify relationship and

gender) \_\_\_\_\_

10. Which father-figure will you be describing (the person who had the biggest role in disciplining you at age 10)?

- ① Biological father
- ② Adoptive father
- ③ Foster father
- ④ Stepfather

- ① Mother's boyfriend
- ② Other adult male relative (specify relationship) \_\_\_\_\_
- ③ Other (specify relationship and gender) \_\_\_\_\_

The following questions will refer to the mother-figure you listed above as "Mother" and the father-figure above as "Father."

11. Please fill in a number in each column for how much education you and your parents finished:

YOU	MOTHER	FATHER	
①	①	①	Grade school
②	②	②	Some high school
③	③	③	Completed high school
④	④	④	Some college or technical school
⑤	⑤	⑤	Completed 4-year college or university
⑥	⑥	⑥	Some post-graduate education
⑦	⑦	⑦	Completed a post-graduate degree (M.A., M.D., Ph.D., etc.)

12. Please estimate your family's total household income before taxes for the last year you were living with your parents (for example, 12<sup>th</sup> grade):

- ① \$0-\$2,999
- ② \$3,000-\$7,999
- ③ \$8,000-\$12,999
- ④ \$13,000-\$19,999
- ⑤ \$20,000-\$29,999
- ⑥ \$30,000-\$39,999
- ⑦ \$40,000-\$49,999
- ⑧ \$50,000-\$59,999
- ⑨ \$60,000-\$79,999
- ⑩ \$80,000-\$99,999
- ⑪ \$100,000 and over

13. How many people (include both adults and children/stepchildren) lived on this income? \_\_\_\_\_

14. What kind of home did you live in for the last year you were living with your parents?

- ① Apartment, condo, or co-op owned by your parents
- ② Apartment or condo rented by your parents
- ③ Trailer on property owned by your parents
- ④ Trailer on property owned by another family member or friend living on the same property
- ⑤ Trailer in a trailer park or other rented property

- Ⓔ House rented by your parents
- Ⓛ House owned by your parents
- Ⓜ Home owned by another member of your household (for example, a family member living with you)
- Ⓝ Other \_\_\_\_\_

### B. YOUR MISBEHAVIOR AT AGE 10

1. Children misbehave in many different ways and in many different situations (e.g. bedtime, eating, picking up their belongings, disobedience, fights with siblings, etc.). Please list two examples of minor misbehaviors you performed around age 10, and two examples of serious misbehaviors you performed around age 10.

MINOR	1. _____
MISBEHAVIORS	2. _____
SERIOUS	1. _____
MISBEHAVIORS	2. _____

We would like to find out how often you repeated any minor misbehavior after your parents corrected you, or engaged in any serious misbehavior. Please use this answer key:

- N = Never
- 0 = Not in that year, but in another year
- 1 = 1-2 times in that year
- 2 = 3-5 times in that year
- 3 = 6-9 times in that year
- 4 = Monthly (10 to 14 times in that year)
- 5 = A few times a month (2-3 times a month)
- 6 = Weekly (1-2 times a week)
- 7 = Several times a week (3-4 times)
- 8 = Daily (5 or more times a week)
- 9 = Two or more times a day

#### HOW OFTEN AT AGE 10 DID YOU?

2. Repeat a minor misbehavior after being corrected for it?

- Ⓔ Ⓛ Ⓜ Ⓝ Ⓞ Ⓟ Ⓠ Ⓡ Ⓢ Ⓣ Ⓤ Ⓥ Ⓦ Ⓧ Ⓨ Ⓩ

3. Do a serious misbehavior?

- Ⓔ Ⓛ Ⓜ Ⓝ Ⓞ Ⓟ Ⓠ Ⓡ Ⓢ Ⓣ Ⓤ Ⓥ Ⓦ Ⓧ Ⓨ Ⓩ

4. Who had more responsibility for disciplining you at age 10?

- Ⓐ My mother had much more responsibility for discipline than my father
- Ⓑ My mother had somewhat more responsibility than my father
- Ⓒ My parents shared responsibility equally
- Ⓓ My father had somewhat more responsibility than my mother
- Ⓔ My father had much more responsibility than my mother

**C. WHAT DID YOUR PARENTS DO TO CORRECT MISBEHAVIOR?**

N = Never

0 = Not in that year, but in another year

1 = 1-2 times in that year

2 = 3-5 times in that year

3 = 6-9 times in that year

4 = Monthly (10 to 14 times in that year)

5 = A few times a month (2-3 times a month)

6 = Weekly (1-2 times a week)

7 = Several times a week (3-4 times)

8 = Daily (5 or more times a week)

9 = Two or more times a day

**WHEN YOU MISBEHAVED (MINOR OR SEVERE)**

**AT AGE 10:**

- |  |         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|--|---------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. How often did your parents explain to you what the rules were to try to prevent you from repeating misbehavior? | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 2. How often did your parents take away your allowance, toys, or other privileges because of misbehavior?          | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 3. How often did your parents put you in "time out" or send you to your room?                                      | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 4. How often did your parents shout or yell at you?  | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 5. How often did your parents shake or grab you to get your attention?   | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 6. How often did your parents give you something else you might like to do instead of what you were doing wrong?   | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 7. How often did your parents try to make you feel ashamed or guilty?  | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 8. How often did your parents deliberately not pay attention when you misbehaved?                                  | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 9. How often did your parents spank, slap, smack, or swat you?   | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 10. How often did your parents use a paddle, hairbrush, belt, or other object?                                     | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 11. How often did your parents praise you for finally stopping bad behavior or for behaving well?                  | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 12. How often did your parents hold back affection by acting cold or not giving hugs or kisses?                    | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 13. How often did your parents send you to bed without a meal?   | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |

N = Never

0 = Not in that year, but in another year

1 = 1-2 times in that year

2 = 3-5 times in that year

3 = 6-9 times in that year

4 = Monthly (10 to 14 times in that year)

5 = A few times a month (2-3 times a month)

6 = Weekly (1-2 times a week)

7 = Several times a week (3-4 times)

8 = Daily (5 or more times a week)

9 = Two or more times a day

**WHEN YOU MISBEHAVED (MINOR OR SEVERE)**

**AT AGE 10:**

- |  |         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |                         |
|--|---------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 14. How often did your parents tell you that they were watching or checking to see if you did something?                               | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 15. How often did your parents give you money or other things for finally stopping bad behavior or for behaving well?                  | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 16. How often did your parents show or demonstrate to you the right thing to do?   | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 17. How often did your parents let you misbehave so that you would have to deal with the results?                                      | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 18. How often did your parents give you extra chores as a consequence?   | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 19. How often did your parents make you do something to make up for some misbehavior; for example, pay for a broken window?            | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 20. When you behaved badly, how often did your parents tell you that you were lazy, sloppy, thoughtless, or some other name like that? | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 21. How often did your parents withhold your allowance, toys, or other privileges until you did what they wanted you to do?            | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 22. How often did your parents check on you to see if you were misbehaving?  | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 23. How often did your parents check on you so that they could tell you that you were doing a good job?                                | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 24. How often did your parents make you apologize or say you were sorry for misbehavior?   | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 25. How often did your parents wash your mouth out with soap, put hot sauce on your tongue, or something similar?                      | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
| 26. How often did your parents ground you or restrict your activities outside the home because of misbehavior?                         | Mother: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |
|  | Father: | <input type="radio"/> N | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 | <input type="radio"/> 7 | <input type="radio"/> 8 | <input type="radio"/> 9 |

**D. OTHER THINGS THAT HAPPENED WHEN CORRECTING MISBEHAVIOR**

These questions are about things your parents did when you were 10 years old when they had to correct you for misbehavior and your reactions.

- 0. Never
- 1. Almost Never
- 2. Sometimes
- 3. Usually
- 4. Always or Almost Always

1. You knew what behaviors your parents expected from you	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2. Your parents checked to make sure you were behaving after they corrected misbehavior	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3. When correcting misbehavior, your parents did or said things to show that they loved and supported you	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4. Your parents made the consequences of misbehavior clear to you	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5. When your parents did something to correct misbehavior, you ignored it	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6. Your parents got very angry when you misbehaved	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7. When you misbehaved, your parents tended to act on the spur of the moment	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8. You thought your parents did the right thing when they corrected your misbehavior	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9. Your mother disagreed with the way your father corrected your misbehavior		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Your father disagreed with the way your mother corrected your misbehavior		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10. Your parents explained why they did what they did to correct you	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11. Your parents corrected you again if you repeated misbehavior	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12. When your parents corrected misbehavior, you knew they still loved you	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
13. Your parents gave you a warning that you had a certain amount of time (for example, counting to three) to change your behavior before they did something else to correct the behavior	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

- 0. Never
- 1. Almost Never
- 2. Sometimes
- 3. Usually
- 4. Always or Almost Always

14. Your parents had problems managing your misbehavior	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
15. Your parents seemed stressed out by your misbehavior	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
16. Your parents seemed to "lose it" when you misbehaved	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
17. You wished your parents had done things differently when correcting your misbehavior	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
18. Your mother disagreed with your father's rules for your behavior		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Your father disagreed with your mother's rules for your behavior		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
19. Your parents followed through on what they said they would do	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
20. When your parents corrected misbehavior, you still felt encouraged and supported	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
21. Your parents changed how they disciplined you as you got older	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
22. No matter what your parents tried, they could not get you to behave	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
23. Your parents made changes to their discipline when something did not work for you	Mother:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	Father:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

**Anexo 4 - Distribuição dos itens pelas Escalas dos  
Métodos Disciplinares do DDI (Straus &  
Fauchier, 2007)**



### Avaliação do Contexto de Implementação da Disciplina

<b>Variáveis do contexto de implementação da disciplina parental</b>	<b>Os itens da Escala do Contexto de Implementação da Disciplina</b>
1. Confiança	<b>D8.</b> Achava que os seus pais agiam corretamente quando corrigiam o seu mau comportamento? <b>D17.</b> Desejou que os seus pais tivessem agido de forma diferente, ao corrigirem o seu mau comportamento?
2. Conflito com o Parceiro(a)	<b>D9.</b> A sua mãe discordava da forma como o seu pai corrigia o seu mau comportamento? O seu pai discordava da forma como a sua mãe corrigia o seu mau comportamento? <b>D18.</b> A sua mãe discordava das regras do seu pai sobre o seu comportamento? O seu pai discordava das regras da sua mãe sobre o seu comportamento?
3. Ineficácia Percecionada da Disciplina	<b>D5.</b> Quando os seus pais faziam alguma coisa para corrigir o seu mau comportamento, ignorava-os? <b>D14.</b> Os seus pais tinham problemas em gerir o seu mau comportamento? <b>D22.</b> Independentemente do que os seus pais tentavam, eles não conseguiam fazer com que se portasse bem?
4. Stress	<b>D6.</b> Os seus pais ficavam muito zangados quando se comportava mal? <b>D15.</b> Os seus pais pareciam exaustos devido ao seu mau comportamento?

### Avaliação do Modo de Implementação da Disciplina

<b>Variáveis do Modo de implementação da disciplina</b>	<b>Itens da Escala do Modo de Implementação da Disciplina</b>
1. Consistência	<b>D2.</b> Os seus pais controlavam-no(a) para terem a certeza de que se comportava bem depois de corrigirem o mau comportamento? <b>D11.</b> Os seus pais corrigiam-no(a) novamente se repetisse o mau comportamento? <b>D19.</b> Os seus pais implementaram o que disseram que iriam fazer?
2. Enquadramento Cognitivo	<b>D1.</b> Sabia que comportamentos os seus pais esperavam de si? <b>D10.</b> Os seus pais explicavam-lhe as respetivas atitudes quando o(a) corrigiam?

3. Impulsividade	<p><b>D7.</b> Quando se comportava mal, os seus pais agiam geralmente por impulso do momento?</p> <p><b>D16.</b> Os seus pais pareciam "perder a cabeça" quando se comportava mal?</p>
4. Resposta	<p><b>D21.</b> Os seus pais mudaram a forma como o (a) disciplinavam, à medida que ia ficando mais velho(a)?</p> <p><b>D23.</b> Os seus pais alteraram a sua forma de disciplinar, quando alguma coisa não funcionou consigo?</p>
5. Afetividade/Apoio	<p><b>D3.</b> Ao corrigirem o seu mau comportamento, os seus pais faziam ou diziam coisas para mostrar que o(a) amavam e apoiavam?</p> <p><b>D12.</b> Quando os seus pais corrigiam o seu mau comportamento, sabia que eles continuavam a amá-lo(a)?</p> <p><b>D20.</b> Quando os seus pais corrigiam o mau comportamento, mesmo assim sentia-se encorajado(a) e apoiado(a)?</p>
6. Aviso	<p><b>D4.</b> Os seus pais explicavam-lhe as consequências do seu mau comportamento?</p> <p><b>D13.</b> Os seus pais avisavam-no(a) de que dispunha de algum tempo (por exemplo, contar até três) para mudar o seu comportamento, antes de fazerem alguma coisa para corrigir o comportamento?</p>

**Anexo 5 - Distribuição dos itens pelas Escalas do  
Contexto e do Modo de Implementação  
da Disciplina Parental**



### Avaliação do Contexto de Implementação da Disciplina

<b>Variáveis do contexto de implementação da disciplina parental</b>	<b>Os itens da Escala do Contexto de Implementação da Disciplina</b>
1. Confiança	<b>D8.</b> Achava que os seus pais agiam corretamente quando corrigiam o seu mau comportamento? <b>D17.</b> Desejou que os seus pais tivessem agido de forma diferente, ao corrigirem o seu mau comportamento?
2. Conflito com o Parceiro(a)	<b>D9.</b> A sua mãe discordava da forma como o seu pai corrigia o seu mau comportamento? O seu pai discordava da forma como a sua mãe corrigia o seu mau comportamento? <b>D18.</b> A sua mãe discordava das regras do seu pai sobre o seu comportamento? O seu pai discordava das regras da sua mãe sobre o seu comportamento?
3. Ineficácia Percecionada da Disciplina	<b>D5.</b> Quando os seus pais faziam alguma coisa para corrigir o seu mau comportamento, ignorava-os? <b>D14.</b> Os seus pais tinham problemas em gerir o seu mau comportamento? <b>D22.</b> Independentemente do que os seus pais tentavam, eles não conseguiam fazer com que se portasse bem?
4. Stress	<b>D6.</b> Os seus pais ficavam muito zangados quando se comportava mal? <b>D15.</b> Os seus pais pareciam exaustos devido ao seu mau comportamento?

### Avaliação do Modo de Implementação da Disciplina

<b>Variáveis do Modo de implementação da disciplina</b>	<b>Itens da Escala do Modo de Implementação da Disciplina</b>
1. Consistência	<b>D2.</b> Os seus pais controlavam-no(a) para terem a certeza de que se comportava bem depois de corrigirem o mau comportamento? <b>D11.</b> Os seus pais corrigiam-no(a) novamente se repetisse o mau comportamento? <b>D19.</b> Os seus pais implementaram o que disseram que iriam fazer?

<p>2. Enquadramento Cognitivo</p>	<p><b>D1.</b> Sabia que comportamentos os seus pais esperavam de si?</p> <p><b>D10.</b> Os seus pais explicavam-lhe as respetivas atitudes quando o(a) corrigiam?</p>
<p>3. Impulsividade</p>	<p><b>D7.</b> Quando se comportava mal, os seus pais agiam geralmente por impulso do momento?</p> <p><b>D16.</b> Os seus pais pareciam "perder a cabeça" quando se comportava mal?</p>
<p>4. Resposta</p>	<p><b>D21.</b> Os seus pais mudaram a forma como o (a) disciplinavam, à medida que ia ficando mais velho(a)?</p> <p><b>D23.</b> Os seus pais alteraram a sua forma de disciplinar, quando alguma coisa não funcionou consigo?</p>
<p>5. Afetividade/Apoio</p>	<p><b>D3.</b> Ao corrigirem o seu mau comportamento, os seus pais faziam ou diziam coisas para mostrar que o(a) amavam e apoiavam?</p> <p><b>D12.</b> Quando os seus pais corrigiam o seu mau comportamento, sabia que eles continuavam a amá-lo(a)?</p> <p><b>D20.</b> Quando os seus pais corrigiam o mau comportamento, mesmo assim sentia-se encorajado(a) e apoiado(a)?</p>
<p>6. Aviso</p>	<p><b>D4.</b> Os seus pais explicavam-lhe as consequências do seu mau comportamento?</p> <p><b>D13.</b> Os seus pais avisavam-no(a) de que dispunha de algum tempo (por exemplo, contar até três) para mudar o seu comportamento, antes de fazerem alguma coisa para corrigir o comportamento?</p>

***Anexo 6 - Denyes Self Care Practice Instrument (DSCPI-  
90, Denyes, 1990)***



All Rights Reserved

ID# \_\_\_\_\_

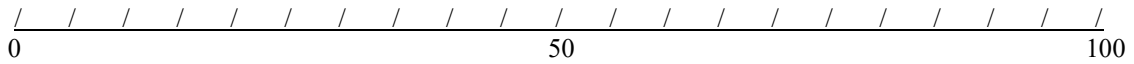
**DENYES SELF-CARE PRACTICE INSTRUMENT (DSCAI-90)**

General Instructions

- A. Please fill in the number that best answers each question for you.
- B. There are no right or wrong answers.
- C. Please feel free to write in comments.
- D. For all questions about your health, please answer based on what you think health is for you.

Directions:

Please fill in any number from 0 to 100 that best answers each question for you. 0 means none of the time; 100 means all of the time; numbers in between mean your answer is between none and all the time. You can think of it like a line with 0 at one end, 100 at the other end, and all the other numbers in between like this.



- \_\_\_\_\_ 1. What percent of the time do you do things that are good for your health?
- \_\_\_\_\_ 2. What percent of the time do you take good care of your health?
- \_\_\_\_\_ 3. What percent of the time do you follow through on decisions you make about your health?
- \_\_\_\_\_ 4. What percent of the time do you put off doing things that would be good for your health?
- \_\_\_\_\_ 5. What percent of the time do you eat breakfast?
- \_\_\_\_\_ 6. What percent of the time do you eat the kinds of foods you think are necessary for your health?
- \_\_\_\_\_ 7. What percent of the time do you eat a balanced diet?
- \_\_\_\_\_ 8. What percent of the time do you do things to maintain or achieve good nutrition for yourself?
- \_\_\_\_\_ 9. What percent of the time do you do things to get the amount of activity you think is necessary for your health?
- \_\_\_\_\_ 10. What percent of the time do you do things to get the amount of rest you think is necessary for your health?
- \_\_\_\_\_ 11. What percent of the time do you do things to maintain or achieve a balance between rest and activity?
- \_\_\_\_\_ 12. What percent of the time do you do things to get the amount of time alone you think is necessary for your health?
- \_\_\_\_\_ 13. What percent of the time do you do things to get the amount of time with others that you think is necessary for your health?
- \_\_\_\_\_ 14. What percent of the time do you do things to maintain or achieve a balance between time alone and time with others?
- \_\_\_\_\_ 15. What percent of the time do you do things to keep your bladder and bowel habits normal?
- \_\_\_\_\_ 16. What percent of the time do you do things to keep yourself safe?
- \_\_\_\_\_ 17. When you feel stressed, what percent of the time do you do things to feel less stressed?
- \_\_\_\_\_ 18. What percent of the time do you do things that help you to "be all that you can be" as a person?



**Anexo 7 - Identificação dos itens do *Denyes Self Care Practice Instrument (DSCPI-90)***



Nº do item	Descrição do item
1	Qual a percentagem de tempo gasto a fazer coisas benéficas para a saúde.
2	Qual a percentagem de tempo gasto a cuidar bem da sua saúde.
3	Qual a percentagem de tempo gasto a cumprir as decisões que tomou relativamente à sua saúde.
4	Qual a percentagem de tempo gasto a adiar coisas que seriam benéficas para a sua saúde.
5	Qual a percentagem de tempo gasto a tomar o pequeno-almoço
6	Qual a percentagem de tempo gasto a ingerir alimentos que considera necessários para a sua saúde.
7	Qual a percentagem de tempo gasto a ingerir uma alimentação equilibrada.
8	Qual a percentagem de tempo gasto a fazer coisas para manter ou alcançar uma boa alimentação.
9	Qual a percentagem de tempo gasto a fazer coisas para alcançar o nível de atividade que considera necessário para a sua saúde.
10	Qual a percentagem de tempo gasto a fazer coisas para alcançar o nível de repouso que considera necessário para a sua saúde.
11	Qual a percentagem de tempo gasto a fazer coisas para manter ou alcançar um equilíbrio entre repouso e atividade.
12	Qual a percentagem de tempo gasto a fazer coisas, para obter o tempo que considera necessário passar sozinho, em prol da sua saúde.
13	Qual a percentagem de tempo gasto a fazer coisas, para obter o tempo que considera necessário passar com outras pessoas, em prol da sua saúde.
14	Qual a percentagem de tempo gasto a fazer coisas para manter ou alcançar um equilíbrio entre tempo passado sozinho e tempo passado com outras pessoas.
15	Qual a percentagem de tempo gasto a fazer coisas para manter regular o funcionamento urinário e intestinal.
16	Qual a percentagem de tempo gasto a fazer coisas para se manter seguro.
17	Quando se sente stressado qual a percentagem de tempo gasto a fazer coisas para se sentir menos stressado.
18	Qual a percentagem de tempo gasto a fazer coisas que o ajudam a <i>ser tudo o que pode ser</i> enquanto pessoa.

**Anexo 8 - Acordo de utilização do “*Dimensions of  
Discipline Inventory*” (DDI, Straus &  
Fauchier, 2007)**



## THE DIMENSIONS OF DISCIPLINE INVENTORY

- **USE AGREEMENT** PROJECT TITLE/PURPOSE OF ADMINISTERING THE DDI:

*Parental Discipline and Practice of self Care health in young adults*

ESTIMATED NUMBER TO BE TESTED:

Parent Form FEMALES: \_\_\_\_\_ MALES: \_\_\_\_\_ COUPLES: \_\_\_\_\_ (both tested)

**Adult Recall Form FEMALES: 710 MALES: 510**

Child Report Form FEMALES: \_\_\_\_\_ MALES: \_\_\_\_\_

APPROXIMATE MONTH AND YEAR TESTING WILL BEGIN:

**June/2012 AND END: March/2013**

DO YOU PLAN TO PROVIDE US WITH RAW DATA TO CONDUCT PSYCHOMETRIC ANALYSES FOR THE MANUAL? \_\_\_ Yes  No

If YES, please indicate the form in which you plan to provide data to us to conduct psychometric analyses

\_\_\_ Answer sheets to be scanned into a data file by the Authors using the template provided by the authors

\_\_\_ Other answer sheets or test booklets (these will be returned to the Cooperating User by the Authors)

\_\_\_ File of data on disk in one of the following formats: (circle one) ASCII, Word Perfect, Word, SPSS, SAS, STATA.

If NO, please attach a paragraph describing your plan to provide us with psychometric analyses based on your data (See attached page)

Name of Cooperating User:

Nursing School of Coimbra

Rua 5 de outubro Apartado 55 3001 – 901 Coimbra Portugal

PHONE:#351.230.802850/351965632983

FAX:#351.239.442648

E-Mail calegre@esenfc.pt

You're Website (if you have one): <http://www.esenfc.pt>

I agree to the terms of agreement and to provide data as indicated above.

Cooperating User Signature:

*Rozza de Carvalho S. Marques Deyre de Sá*

DATE:14/06/2012

For the Test Authors\*: *Angèle Fauchier*

Date 6/25/12

\*The Authors are DDI Test, Murray A. Straus e Angèle Fauchier



**Anexo 9 - Autorização para a utilização do “*Denyes Self  
Care Practice Instrument*” (DSCPI-90,  
Denyes, 1990)**



C.Alegre

----- Original Message -----

From: "Mary Jean Denyes" <aa2211@wayne.edu>  
To: "Prof. Conceição Alegre" <calegre@esenfc.pt>  
Sent: Tuesday, April 13, 2010 8:59 PM  
Subject: Re: request Denyes Self Care Practice Instrument (DSCPI-90(c)).

Conceição Alegre de Sá:

I was pleased to learn of your planned research and am happy to share the Denyes Self-Care Practice Instrument (DSCAI-90) with you. Of course you will

need to decide once you see it if it is appropriate for the population and culture you will be studying. I am attaching the instrument and scoring information. I assume you will find current reliability/validity information

in the literature. I have original R & V data from earlier studies, etc. should you wish to have that at any future time. The work you are planning

RE: request Denyes Self Care Practice Instrument (DSCPI-90(c)).

is important and I wish you well. I would appreciate it if you could include

copyright information on the instruments you use and if you would share with

me your progress along the way. I'd also love to have copies of any papers you prepare, etc. so I can learn more of your work. Please let me know if you have any questions.

My best wishes to you in your work.  
Mary Denyes

----- Original Message -----

From: "Prof. Conceição Alegre" <calegre@esenfc.pt>  
To: aa2211@wayne.edu  
Cc: "Mary Denyes" <aa2211@wayne.edu>  
Sent: Monday, April 12, 2010 8:05:25 AM GMT -05:00 US/Canada Eastern  
Subject: Fw: request Denyes Self Care Practice Instrument (DSCPI-90(c)).

Dear Nurse Mary Jean Denyes,

I am a nurse specialist in Pediatrics and a teacher at the Nursing School of Coimbra - Portugal ([www.esenfc.pt](http://www.esenfc.pt)). I am currently enrolled in a PhD program in nursing at the Portuguese Catholic University.

The study that I am developing aims to explore the relation between parents' disciplinary methods and young adults' capacity to take care of themselves and take care of their relationship with others, especially within the family. In addition, it aims to contribute to an understanding of how parents discipline their children, always from the perspective of young adults.

In this study, I will use the Adult-recall Dimensions of Discipline Inventory (DDI - Straus & Fauchier, 2008) and I would like to know if it is possible to use your JeanDenyes Self Care Practice Instrument (DSCPI-900).

Therefore, I would like to know how I can obtain it so it can be translated and validated to the Portuguese population, protecting copyright. The use of this instrument is essential in my study and it is of great importance to the development of nursing knowledge on the area of self-care.

Thank you for your time.

Kind regards,

Conceição Alegre de Sá



**Anexo 10 - Declaração de consentimento informado para  
a participação do estudo**



## CARTA DE APRESENTAÇÃO

Caro(a) Estudante,

Os pais ou quem os substitui usam diferentes métodos disciplinares para corrigir ou impedir o mau comportamento dos filhos. Exemplos de mau comportamento podem ser: a criança que desobedece, que não cumpre as regras, bate noutras crianças, etc.

Não há consenso entre os especialistas quanto à melhor forma de corrigir o mau comportamento nas crianças. Gostaríamos de saber as suas opiniões e atitudes em relação a esta questão, para isso, agradecemos que preenchesse os questionários que se encontram em anexo.

O 1º questionário tem apenas uma folha, com informação sobre si e refere-se às acções realizadas por si próprio(a) para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar e demora cerca de 10 minutos.

O 2º questionário está dividido em cinco partes e demora cerca de 10 a 20 minutos,

- . Algumas perguntas sobre o seu contexto familiar;
- . Informação sobre si, que será o alvo de atenção neste questionário;
- . Perguntas sobre a frequência com que foi usado cada método disciplinar na sua infância;
- . Outros aspectos sobre a correcção do mau comportamento da criança;
- . As suas opiniões sobre os diferentes métodos disciplinares parentais.

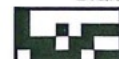
A participação neste estudo é totalmente voluntária. Se, a qualquer momento, não responder a alguma pergunta, passe para a pergunta seguinte. Se decidir desistir do estudo ou não responder a alguma pergunta, passe para a pergunta seguinte ou entregue o questionário em branco.

As suas respostas são totalmente confidenciais. Portanto, não escreva o seu nome no questionário.

Obrigada pela sua ajuda neste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Maria da Conceição G. Marques Alegre de Sá  
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde Enfermagem  
calegre@esenfc.pt





**Anexo 11 - *Flyer* de sensibilização sobre disciplina  
parental e o autocuidado de saúde**



# PARENTALIDADE E SAÚDE

Este estudo pretende saber mais sobre uma variedade de práticas disciplinares usadas pelos pais e sobre os efeitos da disciplina nas crianças nomeadamente nas práticas de auto-cuidado em saúde. Os dados do seu questionário serão comparados com dados de outras amostras de estudantes de todo o mundo.

O questionário que preencheu inclui perguntas sobre experiências disciplinares na infância, sobre o seu contexto familiar, sobre a sua relação com os seus pais e outras relações familiares. Para além disso, há perguntas sobre as suas atitudes em relação à disciplina, à educação das crianças, e às suas ações no campo da saúde.

Se tiver algumas dúvidas quanto a algum assunto que tenha a ver com esta área de investigação, pode telefonar-me para o nº 965632983, ou contactar-me através do email [calegre@esenfc.pt](mailto:calegre@esenfc.pt), e terá oportunidade de abordar essas questões confidencialmente.

Por vezes, quando as pessoas reflectem sobre as suas vidas e as suas experiências familiares, sentem que poderiam beneficiar de alguma ajuda. Existem muitos locais onde pode obter ajuda, para si ou para alguém que conheça que possa estar a ter problemas deste tipo.

De seguida apresentamos os nomes e os números de telefone de alguns locais, onde é possível recorrer para obter ajuda:

LINHA VERDE - S.O.S. Criança: 800 202 651  
Lisboa - S.O.S. Criança: 21 793 1617  
Columb - Criança Maltratada/ Apoio à Família e à Criança: 239 702233

Sites onde pode pesquisar mais informação:

[www.naobataeduque.org.br](http://www.naobataeduque.org.br)  
[www.savethechildren.org](http://www.savethechildren.org)  
[www.iacrianca.pt](http://www.iacrianca.pt)  
[www.juventude.gov.pt](http://www.juventude.gov.pt)  
[www.cnpqj.pt](http://www.cnpqj.pt)  
[www.soscrianca.pt](http://www.soscrianca.pt)

# PARENTALIDADE E SAÚDE

A disciplina é uma das características mais importantes da parentalidade. Uma disciplina adequada e bem executada pode ter resultados benéficos no comportamento das crianças. Por outro lado, algumas formas de disciplina podem resultar em problemas para as crianças. O auto-cuidado é um comportamento natural e desejável das pessoas adultas, que é aprendido ao longo da vida. À medida que crescemos e nos relacionamos com o mundo, desenvolvemos capacidades de cuidarmos de nós próprios sob várias formas e em diversas situações. O desenvolvimento dessas capacidades irá ser promotor da realização de ações pela própria pessoa em prol de si mesmo ou de pessoas dependentes, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.



Obrigado pela sua participação!

+INFO | DÚVIDAS > [calegre@esenfc.pt](mailto:calegre@esenfc.pt) | 965632983



**Anexo 12 - *Dimensions of Discipline Inventory* (DDI,  
Straus & Fauchier, 2007), versão portuguesa**



**QUESTIONÁRIO SOBRE AS DIMENSÕES DA DISCIPLINA (DDI)**  
2005-2007 Murray A. Strauss e Angèle Fauchier  
Family Research Laboratory, University of New Hampshire

Por favor, preencha as suas respostas da seguinte forma: ●

Se quiser alterar uma resposta, não use corrector. Por favor, coloque uma cruz por cima da resposta errada, assim: ●

**A. CONTEXTO**

1. Sexo:  Masculino  Feminino

2. Que idade tinha no seu último aniversário:   anos

3. Qual a sua naturalidade (Indique o concelho da residência da sua mãe quando você nasceu)

4. Qual o seu estado civil?  Solteiro(a)

Casado(a)

Vive com o(a) parceiro(a)

Separado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

Outro \_\_\_\_\_

5. Tem filhos?  Sim  Não

Se sim, por favor diga quais as idades das crianças:

Raparigas:  -  -  -  -

Rapazes:  -  -  -  -

6. Tem irmãos?  Sim  Não

Se sim, quantos irmãos tem?

Irmãos biológicos   irmãs   Irmãos

Meios-irmãos   irmãs   Irmãos

Filhos do padrasto/madrasta   irmãs   Irmãos

Outras crianças que tenham vivido consigo (especifique a relação): \_\_\_\_\_

Raparigas   Rapazes

7. Qual é a sua nacionalidade? Só Portuguesa:

Estrangeira, indique o país: \_\_\_\_\_

Dupla nacionalidade: \_\_\_\_\_

Apátrida (sem nacionalidade):

Nº do questionário

24089



8. Qual a situação conjugal dos seus pais?

- Os seus pais biológicos são casados um com o outro
- Os seus pais biológicos não estão casados mas vivem juntos actualmente
- Os seus pais biológicos são separados ou divorciados
- Os seus pais biológicos nunca viveram juntos
- Um ou os seus dois pais biológicos faleceram  Mãe  Pai
- Nunca viveu com os seus pais biológicos porque foi adoptado(a)

9. Se são separados, divorciados ou se nunca estiveram juntos, qual é a situação conjugal da sua mãe biológica?

- Solteira
- Voltou a casar
- Vive com o parceiro
- Viúva
- Outro \_\_\_\_\_

10. Se são separados, divorciados ou se nunca estiveram juntos, qual é a situação conjugal do seu pai biológico?

- Solteiro
- Voltou a casar
- Vive com a parceira
- Viúvo
- Outro \_\_\_\_\_

. Se foi educado(a) exclusivamente pelos seus pais biológicos, deve responder às seguintes questões sobre eles.

. Se foi educado(a) por alguém, além dos seus pais biológicos, deve responder tendo em conta a figura materna e figura paterna que desempenhou um maior papel na sua educação quando tinha 10 anos.

. Por exemplo, se o seu pai biológico partilhou a sua custódia com a sua mãe biológica e o seu padrasto, deve responder tendo em conta a figura paterna que desempenhou um maior papel na sua educação.

. Se foi educado por pais do mesmo sexo, por favor exemplifique no ponto Outro, refira-se ao pai biológico como "Pai" e à outra figura parental como "Mãe", ou à mãe biológica como "Mãe" e à outra figura como "Pai".

11. Vai descrever a sua mãe ou outra figura parental (a pessoa que desempenhou o maior papel na sua educação aos 10 anos)?

- Mãe biológica
- Mãe adoptiva
- Mãe de acolhimento
- Madrasta
- Namorada do pai
- Outro familiar adulto do sexo feminino (especifique a relação) \_\_\_\_\_
- Outro (especifique a relação e o sexo) \_\_\_\_\_



12. Vai descrever o seu pai ou outra figura parental (a pessoa que desempenhou o maior papel na sua educação aos 10 anos)?

- Pai biológico
- Pai adoptivo
- Pai de acolhimento
- Padrasto
- Namorado da mãe
- Outro familiar adulto do sexo masculino (especifique a relação) \_\_\_\_\_
- Outro (especifique a relação e o sexo) \_\_\_\_\_

As questões seguintes referem-se à figura materna que acima referiu como "Mãe" e à figura paterna que referiu como "Pai".

13. Por favor preencha a célula que em cada coluna corresponde à sua habilitação e à dos seus pais:

Voçê	Mãe	Pai
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ensino Primário
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Secundário Incompleto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Secundário Completo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Curso Profissional Incompleto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Curso Profissional
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ensino Superior Incompleto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ensino Superior Completo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Pós-graduação Incompleta
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Pós-graduação Completa (Mestrado, Doutoramento, etc.)

14. Por favor, indique a estimativa do rendimento líquido mensal do seu agregado familiar no último ano durante o qual esteve a viver com os seus pais (por exemplo, 12º ano):

- 0€ - 342,36€
- 342,36€ - 517,86€
- 517,86€ - 1284,21€
- 1284,21€ - 2953,50€
- 2953,50€ - 4280,43€
- 4280,43€ - 4616,57€
- 4616,57€ - 10714,21€
- 10714,29€ e Superior

15. Quantas pessoas (incluindo adultos, filhos/enteados) usufruíam deste rendimento?

\_\_\_\_\_

16. Em que tipo de casa viveu durante o último ano que viveu com os seus pais?

- Apartamento dos seus pais
- Apartamento arrendado pelos seus pais
- Móvel em propriedade dos seus pais
- Móvel em propriedade de outro membro da família ou amigo que vivia na mesma propriedade
- Moradia arrendada pelos seus pais
- Moradia dos seus pais
- Moradia pertencente a outro membro do agregado familiar (por exemplo, um familiar que vivia convosco)
- Outro \_\_\_\_\_

## B. O SEU MAU COMPORTAMENTO AOS 10 ANOS

1. As crianças comportam-se mal de várias formas e em situações muito diferentes (por exemplo, à hora de dormir, comer, arrumar as suas coisas, desobedecer, brigar com os irmãos, etc.). Por favor, indique dois exemplos de **maus comportamentos sem gravidade** e dois exemplos de **maus comportamentos com gravidade** que teve por volta dos 10 anos.

Sem Gravidade 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

Com Gravidade 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

Gostaríamos que referisse a frequência com que repetiu o mau comportamento sem gravidade depois de os seus pais o(a) repreenderem, e ainda a frequência com que adoptou algum mau comportamento com gravidade. Por favor use a seguinte chave de resposta:

N – Nunca

0 – Não nesse ano, mas noutro

1 – 1-2 Vezes nesse ano

2 – 3-5 Vezes nesse ano

3 – 6-9 Vezes nesse ano

4 – Mensalmente (10 a 14 vezes nesse ano)

5 – Algumas vezes por mês (2-3 vezes por mês)

6 – Semanalmente (1-2 vezes por semana)

7 – Várias vezes por semana (3-4 vezes)

8 – Diariamente (5 ou mais vezes por semana)

9 – Duas ou mais vezes por dia

Aos 10 anos, com que frequência?

2. Repetiu um mau comportamento sem gravidade depois de ter sido repreendido(a)?

3. Teve um mau comportamento grave?

4. Quem teve mais responsabilidade na sua educação aos 10 anos?

- A minha mãe teve  **muito mais**  responsabilidade pela disciplina, do que o meu pai
- A minha mãe teve  **um pouco mais**  de responsabilidade, do que o meu pai
- Os  **meus pais**  partilharam a responsabilidade  **equitativamente**
- O meu  **pai**  teve  **um pouco mais**  de responsabilidade, do que a minha mãe
- O meu  **pai**  teve  **muito mais**  responsabilidade, do que a minha mãe



**C. QUANDO INTERVINHAM OS SEUS PAIS PARA CORRIGIREM O MAU COMPORTAMENTO?**

Por favor use a seguinte chave de resposta:

- N – Nunca
- 0 – Não nesse ano, mas noutro
- 1 – 1-2 Vezes nesse ano
- 2 – 3-5 Vezes nesse ano
- 3 – 6-9 Vezes nesse ano
- 4 – Mensalmente (10 a 14 vezes nesse ano)
- 5 – Algumas vezes por mês (2-3 vezes por mês)
- 6 – Semanalmente (1-2 vezes por semana)
- 7 – Várias vezes por semana (3-4 vezes)
- 8 – Diariamente (5 ou mais vezes por semana)
- 9 – Duas ou mais vezes por dia

**QUANDO SE COMPORTAVA MAL (COM OU SEM GRAVIDADE) AOS 10 ANOS?**

1. Com que frequência os seus pais lhe explicavam as regras, de forma a evitar que repetisse o seu mau comportamento?

Mãe

Pai

2. Com que frequência os seus pais lhe retiravam a mesada, os brinquedos ou outros privilégios, devido ao seu mau comportamento?

Mãe

Pai

3. Com que frequência os seus pais o(a) punham de castigo, ou mandavam para o seu quarto?

Mãe

Pai

4. Com que frequência os seus pais gritavam consigo?

Mãe

Pai

5. Com que frequência os seus pais o(a) abanavam ou agarravam para terem a sua atenção?

Mãe

Pai

6. Com que frequência os seus pais lhe davam outra coisa que gostasse mais de fazer, em vez daquilo que estava a fazer mal?

Mãe

Pai

7. Com que frequência os seus pais tentavam fazê-lo sentir-se envergonhado(a) ou culpado(a)?

Mãe

Pai

8. Com que frequência os seus pais não lhe prestavam deliberadamente atenção quando se comportava mal?

Mãe

Pai



9. Com que frequência os seus pais o **espancavam, esbofeteavam** ou **batiam**?

Mãe              
Pai

10. Com que frequência os seus pais usavam uma **colher de pau, uma escova, um cinto** ou **outro objecto**?

Mãe              
Pai

11. Com que frequência os seus pais o(a) **elogiavam** por finalmente **deixar de se portar mal** ou por **se portar bem**?

Mãe              
Pai

12. Com que frequência os seus pais **reprimiam** os **afectos** agindo de forma **fria** ou **não dando beijos ou abraços**?

Mãe              
Pai

13. Com que frequência os seus pais o(a) **mandavam para a cama sem comer**?

Mãe              
Pai

14. Com que frequência os seus pais **lhe diziam** que estavam **atentos** ou a **controlá-lo (a)** para **ver se fazia alguma coisa**?

Mãe              
Pai

15. Com que frequência os seus pais **lhe davam dinheiro** ou **outras coisas** por finalmente **parar de se comportar mal** ou por **se comportar bem**?

Mãe              
Pai

16. Com que frequência os seus pais **lhe mostravam** ou **demonstravam a coisa certa a fazer**?

Mãe              
Pai

17. Com que frequência os seus pais o(a) **deixavam comportar-se mal** para que **tivesse de lidar com as consequências**?

Mãe              
Pai

18. Com que frequência os seus pais **lhe davam tarefas extra** como **consequência**?

Mãe              
Pai

19. Com que frequência os seus pais o(a) **obrigavam a fazer alguma coisa** para **compensar o seu mau comportamento**, por exemplo, **pagar uma janela partida**?

Mãe              
Pai

20. Quando se portava mal, com que frequência os seus pais **lhe diziam** que era **pregulçoso(a), desleixado(a), imprudente**, ou algo **semelhante**?

Mãe              
Pai



21. Com que frequência os seus pais lhe retiravam a mesada, os brinquedos, ou outros privilégios até fazer o que eles queriam que fizesse?

Mãe             
Pai

22. Com que frequência os seus pais o(a) controlavam para ver quando se portava mal?

Mãe             
Pai

23. Com que frequência os seus pais o(a) controlavam para lhe poderem dizer que estava a fazer um bom trabalho?

Mãe             
Pai

24. Com que frequência os seus pais exigiam que se desculpasse ou que se mostrasse arrependido(a) pelo seu mau comportamento?

Mãe             
Pai

25. Com que frequência os seus pais lavavam a sua boca com sabonete, punham picante na sua língua, ou algo semelhante?

Mãe             
Pai

26. Com que frequência os seus pais o(a) castigavam ou restringiam as suas actividades fora de casa devido ao seu mau comportamento?

Mãe             
Pai

#### D. OUTRAS COISAS QUE ACONTECERAM NA REPREENSÃO DO MAU COMPORTAMENTO

Estas perguntas referem-se ao que os seus pais fizeram, quando tinha 10 anos, para corrigirem o seu comportamento e face às suas reacções. Por favor use a seguinte chave de resposta:

0. Nunca
1. Quase nunca
2. Algumas vezes
3. Normalmente
4. Sempre ou quase sempre

1. Sabia que comportamentos os seus pais esperavam de si?

Mãe       
Pai

2. Os seus pais controlavam-no(a) para terem a certeza de que se comportava bem depois de corrigirem o mau comportamento?

Mãe       
Pai

3. Ao corrigirem o seu mau comportamento, os seus pais faziam ou diziam coisas para mostrar que o(a) amavam e apoiavam?

Mãe       
Pai



4. Os seus pais explicavam-lhe as consequências do seu mau comportamento?

Mãe       
Pai

5. Quando os seus pais faziam alguma coisa para corrigir o seu mau comportamento, ignorava-os?

Mãe       
Pai

6. Os seus pais ficavam muito zangados quando se comportava mal?

Mãe       
Pai

7. Quando se comportava mal, os seus pais agiam geralmente por impulso do momento?

Mãe       
Pai

8. Achava que os seus pais agiam correctamente quando corrigiam o seu mau comportamento?

Mãe       
Pai

9. A sua mãe discordava da forma como o seu pai corrigia o seu mau comportamento?

O seu pai discordava da forma como a sua mãe corrigia o seu mau comportamento?

10. Os seus pais explicavam-lhe as respectivas atitudes quando o(a) corrigiam?

Mãe       
Pai

11. Os seus pais corrigiam-no(a) novamente se repetisse o mau comportamento?

Mãe       
Pai

12. Quando os seus pais corrigiam o seu mau comportamento, sabia que eles continuavam a amá-lo(a)?

Mãe       
Pai

13. Os seus pais avisavam-no(a) de que dispunha de algum tempo (por exemplo, contar até três) para mudar o seu comportamento, antes de fazerem alguma coisa para corrigir o comportamento?

Mãe       
Pai

14. Os seus pais tinham problemas em gerir o seu mau comportamento?

Mãe       
Pai

15. Os seus pais pareciam exaustos devido ao seu mau comportamento?

Mãe       
Pai

16. Os seus pais pareciam "perder a cabeça" quando se comportava mal?

Mãe       
Pai



17. Desejou que os seus pais tivessem agido de forma diferente, ao corrigirem o seu mau comportamento?

Mãe

Pai

18. A sua mãe discordava das regras do seu pai sobre o seu comportamento?

O seu pai discordava das regras da sua mãe sobre o seu comportamento?

19. Os seus pais implementaram o que disseram que iriam fazer?

Mãe

Pai

20. Quando os seus pais corrigiam o mau comportamento, mesmo assim sentia-se encorajado(a) e apoiado(a)?

Mãe

Pai

21. Os seus pais mudaram a forma como o (a) disciplinavam, à medida que ia ficando mais velho(a)?

Mãe

Pai

22. Independentemente do que os seus pais tentavam, eles não conseguiram fazer com que se portasse bem?

Mãe

Pai

23. Os seus pais alteraram a sua forma de disciplinar, quando alguma coisa não funcionou consigo?

Mãe

Pai

### E. AS SUAS OPINIÕES SOBRE DISCIPLINA

Mesmo que não tenha filhos, gostaríamos de saber a sua opinião actual sobre a aplicação das seguintes regras, a crianças com cerca de 10 anos. Por favor use a seguinte chave de resposta:

1. Nunca é Aceitável
2. Raramente é Aceitável
3. Geralmente é Aceitável
4. Sempre ou Quase Sempre é Aceitável

**ACHO QUE:**

1. Explicar as regras a crianças dessa idade, para tentar prevenir o mau comportamento

2. Retirar a mesada, os brinquedos, ou outros privilégios, devido ao mau comportamento

3. Pôr as crianças dessa idade de castigo (ou mandá-las para o seu quarto)

Nº do questionário

--	--	--	--

24089



4. Gritar com crianças dessa idade

5. Abanar ou agarrar as crianças dessa idade para obter a sua atenção

6. Dar às crianças dessa idade outra coisa que possam gostar de fazer, em vez do que estão a fazer errado

7. Tentar fazer com que as crianças dessa idade se sintam envergonhadas ou culpadas

8. Não prestar atenção ao mau comportamento deliberadamente

9. Espancar, esbofetear ou bater em crianças dessa idade

10. Usar objectos tais como uma colher de pau, uma escova, um cinto, etc. em crianças dessa idade

11. Elogiar as crianças dessa idade por terem finalmente parado o mau comportamento ou por se comportarem bem

12. Reprimir os afectos pelas crianças dessa idade agindo de forma fria ou não dando beijos ou abraços

13. Mandar as crianças dessa idade para a cama sem comerem

14. Fazer com que as crianças dessa idade saibam que está atento ou a controlar para ver se fazem alguma coisa

15. Dar às crianças dessa idade dinheiro ou outras coisas por finalmente pararem de se comportar mal ou por se comportarem bem

16. Mostrar ou demonstrar a coisa certa a fazer

17. Deixar as crianças dessa idade comportarem-se mal para terem de lidar com as consequências

18. Dar às crianças dessa idade tarefas extra como consequência

19. Obrigar crianças dessa idade a compensarem o seu mau comportamento, por exemplo, pagarem uma janela partida

20. Quando as crianças dessa idade se comportam mal, dizer-lhes que são preguiçosos, desleixados, imprudentes, ou algo semelhante



21. Retirar a mesada, os brinquedos ou outros privilégios até que as crianças dessa idade façam o que quer que elas façam

22. Controlar as crianças dessa idade para ver se estão a comportar-se mal

23. Controlar as crianças dessa idade para que possa dizer-lhes que estão a fazer um bom trabalho

24. Exigir que as crianças dessa idade se desculpem ou se mostrem arrependidos pelo seu mau comportamento

25. Lavar a boca das crianças dessa idade com sabonete, pôr picante na língua ou algo semelhante

26. Castigar ou restringir às crianças dessa idade as actividades fora de casa, devido ao seu mau comportamento

Nº do questionário





**Anexo 13 - *Denyes Self Care Practice Instrument (DSCPI-90, Denyes, 1990)*, versão portuguesa**



DENYES SELF-CARE PRACTICE INSTRUMENT (DSCPI-90)

Instruções Gerais

- A. Para cada questão, indique o número que melhor expressa a sua opinião.
- B. Não há respostas certas ou erradas.
- C. Se desejar, pode incluir comentários.
- D. Nas questões relativas à sua saúde, responda com base naquilo que a saúde representa para si.

Orientações:

Indique um número de 0 a 100 que melhor se adequa a cada resposta. 0 Significa *nenhum*; 100 Significa *todo*; os restantes números significam que a sua resposta se situa entre *nenhum* e *todo*. Pode imaginar uma linha na qual 0 está num dos extremos, 100 no outro extremo, e todos os outros números estão no meio. Assim:



- 1. Qual a percentagem de tempo que gasta a fazer coisas benéficas para a sua saúde?
- 2. Qual a percentagem de tempo que gasta a cuidar bem da sua saúde?
- 3. Qual a percentagem de tempo que gasta a cumprir as decisões que tomou relativamente à sua saúde?
- 4. Qual a percentagem de tempo que gasta a adiar coisas que seriam benéficas para a sua saúde?
- 5. Qual a percentagem de tempo que gasta a tomar o pequeno-almoço?
- 6. Qual a percentagem de tempo que gasta a ingerir alimentos que considera necessários para a sua saúde?
- 7. Qual a percentagem de tempo que gasta a ingerir uma alimentação equilibrada?
- 8. Qual a percentagem de tempo que gasta a fazer coisas para manter ou alcançar uma boa alimentação?
- 9. Qual a percentagem de tempo que gasta a fazer coisas para alcançar o nível de actividade que considera necessário para a sua saúde?
- 10. Qual a percentagem de tempo que gasta a fazer coisas para alcançar o nível de repouso que considera necessário para a sua saúde?
- 11. Qual a percentagem de tempo que gasta a fazer coisas para manter ou alcançar um equilíbrio entre repouso e actividade?
- 12. Qual a percentagem de tempo que gasta a fazer coisas, para obter o tempo que considera necessário passar sozinho(a), em prol da sua saúde?
- 13. Qual a percentagem de tempo que gasta a fazer coisas, para obter o tempo que considera necessário passar com outras pessoas, em prol da sua saúde?
- 14. Qual a percentagem de tempo que gasta a fazer coisas para manter ou alcançar um equilíbrio entre tempo passado sozinho(a) e tempo passado com outras pessoas?
- 15. Qual a percentagem de tempo que gasta a fazer coisas para manter regular o funcionamento urinário e intestinal?
- 16. Qual a percentagem de tempo que gasta a fazer coisas para se manter seguro(a)?
- 17. Quando se sente stressado(a), qual a percentagem de tempo que gasta a fazer coisas para se sentir menos stressado(a)?
- 18. Qual a percentagem de tempo que gasta a fazer coisas que o(a) ajudam a "ser tudo o que pode ser" enquanto pessoa?

Nº do questionário



