



e s c o l a superior de
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA

**Transição para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança:
conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil**

Maria Cecília Figueira da Silva

Coimbra, dezembro de 2017



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA

**Transição para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança:
conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil**

Maria Cecília Figueira da Silva

Orientadora: Mestre Júlia Maria das Neves Carvalho, Professora Adjunta da Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes,
Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Coimbra, dezembro de 2017

“O período mais importante na vida não é o da universidade,
mas sim o primeiro de todos...”

Maria Montessori

Uma vez mais à Carmen Sofia, pelo orgulho que só ela
sabe e entende mesmo à distância.

AGRADECIMENTOS

Há muitos desafios até chegarmos ao fim desta caminhada, e muitas são as pessoas que se cruzam neste percurso, professores, família, colegas, amigos e outras que se vão agregando. As palavras podem falhar na hora de agradecer, mas o coração fala sempre mais alto, e é do coração que quero dizer muito obrigada:

À Professora Júlia Carvalho pela amizade, carinho, paciência, sabedoria, orientação e ricos momentos de partilha e aprendizagem. À Professora Isabel Margarida Mendes pelo interesse e disponibilidade sempre presentes.

À Professora Doutora Luiza Nobre pela forma que agraciou a minha proposta de estudo, pela ajuda incondicional e motivação para não me deixar “morrer na praia”.

Aos colegas da minha unidade funcional pela escuta, força e alegria que me proporcionam.

Aos colegas, aos pais e mães que aceitaram generosamente colaborar com o meu estudo.

Aos meus amigos do coração, os de perto e os de longe, que acreditaram em mim.

À minha querida família em especial à minha mãe, meu anjo da guarda hoje e sempre. Ao Rui e à Carla...

Ao Estevens...porque eu sei a importância que ele tem na minha vida, e eu sei que ele sabe. OBRIGADA por entenderes que isto era muito importante para mim.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ICN – International Council of Nurces

KIDI – Knowlege of Infantil Development Inventory

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

ENQUADRAMENTO: O conhecimento que os pais têm acerca do desenvolvimento infantil deve ter uma atenção especial por parte dos enfermeiros e restante equipa de saúde pelo impacto que tem na saúde, crescimento e desenvolvimento da criança. Esta importância do conhecimento sobre desenvolvimento infantil é enfatizada pela “Convenção sobre os Direitos da Criança” emanada pela Organização para as Nações Unidas, que obriga os países, a assegurar que todos os setores da sociedade, especialmente os pais das crianças, conheçam princípios básicos de saúde, nutrição e desenvolvimento infantil. Apoiar a transição para a parentalidade assume cada vez mais um papel relevante na sociedade atual, uma vez que os pais são o pilar para o desenvolvimento de crianças felizes.

OBJETIVOS: determinar a influência das variáveis sociodemográficas, obstétricas, frequência no curso de preparação para o nascimento e frequência no curso de recuperação pós-parto nos conhecimentos dos pais sobre desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida do bebé.

MÉTODOS: estudo quantitativo, descritivo-correlacional, com uma amostra não probabilística, acidental constituída por 107 indivíduos, das quais 87 (81.3%) mães e 20 (18.7%) pais de bebés até um ano de idade. O instrumento de recolha de dados de autopreenchimento foi constituído por questões de caracterização sociodemográfica, relativas aos filhos, ao contexto da gravidez, parto e pós-parto, à intervenção precoce e ainda pelo “Inventário de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil” (MacPhee, 1996; adaptado por Lima, Vale-Dias & Mendes, 2012).

RESULTADOS: dos resultados obtidos destacamos que o conhecimento dos pais acerca do desenvolvimento infantil, difere em função do nível socioeconómico e número de filhos, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Em relação ao nível socioeconómico, constatou-se que pais do nível socioeconómico médio/alto possuíam maior conhecimento sobre o desenvolvimento infantil comparativamente com aqueles que provinham de um nível socioeconómico baixo. Já em relação ao número de filhos verificámos que os pais com mais do que um filho espelharam maior nível de conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil do que os que tinham só um filho.

Nas restantes variáveis em estudo (género, idade, frequência ou não no curso de preparação para o nascimento e frequência ou não no curso de recuperação pós-parto), verificámos que apesar de não se observarem diferenças estatisticamente significativas para o índice total de conhecimento, elas são visíveis em algumas variáveis nos índices de confiança e de precisão. Em relação ao género, os pais (figura paterna) têm uma

média mais elevada no índice de confiança, os participantes com mais de 35 anos têm valores mais elevados no índice de confiança e no índice total, os participantes com idades entre os 30 e 34 anos têm valores mais elevados no índice de precisão, os pais que frequentaram o curso de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto apresentam índices de confiança, de precisão e total de conhecimento superior aos que não frequentaram os respetivos cursos.

CONCLUSÃO: De modo geral, fica evidente, através da presente pesquisa que, o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil, é sensível a fatores como o nível socioeconómico e número de filhos dos mesmos. Dai que se torne necessário planear intervenções ecléticas junto de grupos de pais de forma a potenciar a melhor difusão do conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, potenciando assim o desenvolvimento harmoniosa de todas as crianças.

PALAVRAS-CHAVE: Parentalidade, conhecimento, desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

FRAMEWORK: The knowledge that parents have about child development should be given special attention by the nurses and other health professionals for the impact it has on the health, growth and development of the child. The relevance of the knowledge about child development is emphasized by the UN Convention on the Rights of the Child, which obliges countries, to ensure that all sectors of society, particularly the parents know the basic principles of health, nutrition and child development. Supporting the transition to parenting increasingly assumes a relevant role in today's society, since parents are the pillar for the development of happy children.

OBJECTIVES: To determine the influence of sociodemographic and obstetric variables, attendance at the course of preparation for birth and frequency in the postpartum recovery course, in the parents' knowledge about infant development in the first year of the baby's life.

METHODS: a descriptive-correlational study with a non-probabilistic, accidental sample of 107 individuals, from which 87 (81.3%) were mothers and 20 (18.7%) were fathers of infants up to one year of age. The self-report data collection instrument consisted of questions on sociodemographic characterization, regarding the children, the context of pregnancy, childbirth and postpartum, early intervention, and the "Knowledge Inventory on Child Development" (MacPhee, 1996, adapted by Lima, Vale-Dias & Mendes, 2012).

RESULTS: we found that the parents' knowledge about child development differs according to socioeconomic level and number of children, and the differences are statistically significant. Regarding socioeconomic level, we found that medium/high socioeconomic level parents had higher knowledge about child development when compared to those who came from a low socioeconomic level. Concerning the number of children, we found that parents with more than one child had more knowledge about child development than those with only one child.

In the remaining variables studied (gender, age, attendance or not to the course of preparation for birth and frequency or not in the postpartum recovery course) we found that even though no statistically significant differences were observed for the total knowledge index, they are visible in some variables in the confidence and precision indexes. Regarding gender, parents (paternal figure) have a higher rate in the confidence index. Participants over 35 years old have higher values in the index of confidence and in the total index, participants between the ages of 30 and 34 have higher values in the index of accuracy. Parents who attended the course of preparation for birth and

postpartum recovery course present higher indexes of confidence, accuracy and global knowledge than those who did not attend the courses.

CONCLUSION: In general, it is evident, through the present research, that parents' knowledge about child development is sensitive to factors such as socioeconomic level and number of children. It will be necessary to plan eclectic interventions with groups of parents in order to foster better dissemination of knowledge about child development, thus enhancing the harmonious development of all children.

KEY-WORDS: Parenting, knowledge, child development

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Resultados do teste de normalidade para o KIDI índice de confiança, índice de precisão e índice total.....	74
Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra, dos pais, das mães e do total: grupos etários, estado civil, habilitações literárias e nível socioeconómico	79
Tabela 3 – Características relativas ao número de filhos e percurso da gravidez, dos pais, mães e total da amostra: número de filhos, planeamento da gravidez, aceitação da gravidez e frequência dos cursos de preparação para o nascimento e de recuperação pós-parto.....	80
Tabela 4 – Características relativas à gravidez e trabalho de parto da mãe: tipo de parto e tipo de analgesia e necessidades de acompanhamento pela equipa de intervenção precoce dos filhos de ambos os pais	81
Tabela 5 – Médias, desvios-padrão, valor mínimo e valor máximo do Inventário de Conhecimento sobre o Desenvolvimento Infantil: índice de confiança, índice de precisão e índice total	82
Tabela 6 – Resultados do Inventário de Conhecimento sobre o Desenvolvimento Infantil face ao género: médias e valores do teste de Mann-Whitney.....	83
Tabela 7 – Resultados do Inventário de Conhecimento sobre o Desenvolvimento Infantil por grupos etários: médias e valores do teste de Kruskal-Wallis	84
Tabela 8 – Resultados do Inventário de Conhecimento Sobre o Desenvolvimento Infantil por nível socioeconómico: médias e valores do teste de Mann-Whitney	84
Tabela 9 – Resultados do Inventário de Conhecimento Sobre o Desenvolvimento Infantil face ao número de filhos: médias e valores do teste de Mann-Whitney	85
Tabela 10 – Resultados do Inventário de Conhecimento Sobre o Desenvolvimento Infantil por gravidez planeada ou não: médias e valores do teste de Mann-Whitney ..	86
Tabela 11 – Resultados do Inventário de Conhecimento Sobre o Desenvolvimento Infantil por tipo de parto: médias e valores do teste de Mann-Whitney	86

Tabela 12 – Resultados do Inventário de Conhecimento Sobre o Desenvolvimento Infantil por frequência ou não do curso de preparação para o nascimento: médias e valores do teste de Mann-Whitney 87

Tabela 13 – Resultados do Inventário de Conhecimento Sobre o Desenvolvimento Infantil por frequência ou não do curso de recuperação pós-parto: médias e valores do teste de Mann-Whitney 88

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	19
PARTE UM – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1 – TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	25
1.1 – PADRÕES DE RESPOSTA MATERNA E PATERNA	30
2 – DESENVOLVIMENTO INFANTIL	39
2.1 – CARACTERÍSTICAS DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA	42
2.2 – FACTORES DETERMINANTES NO CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL	45
3 – INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO EMPODERAMENTO DOS PAIS DURANTE A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	51
PARTE DOIS – ESTUDO EMPÍRICO	59
4 – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	61
4.1 – TIPO DE ESTUDO	61
4.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO	62
4.3 – QUESTÕES E HIPÓTESES DA INVESTIGAÇÃO	63
4.4 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO	64
4.5 – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	70
4.6 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	71
4.7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO	74
4.8 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	75
5 – RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO	77

5.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	77
5.2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	81
6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	89
CONCLUSÃO.....	103
BIBLIOGRAFIA.....	109

ANEXOS

ANEXO I – Autorização das autoras para utilização do inventário de conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil

ANEXO II – Autorização do ACES Baixo Vouga

ANEXO III – Parecer da comissão de ética da Administração Regional de Saúde do Centro

APÊNDICE

APÊNDICE I – Termo de consentimento livre e informado

INTRODUÇÃO

A chegada de um filho constitui uma grande mudança na vida de um casal, acarretando alterações na vida pessoal, conjugal, social e profissional. A transição para a parentalidade pode ser planeada e desejada, uma decisão pessoal, ou pelo contrário ser fruto do acaso e por conseguinte não fazendo parte dos planos do casal.

Esta é uma das mais importantes mudanças do ciclo de vida do casal, transportando consigo um conjunto de modificações individuais, conjugais e sociais para os novos pais. Esta tarefa representa um grande desafio que consiste em viver a parentalidade em pleno adaptando a vida conjugal à nova realidade familiar que é a vivência da parentalidade.

Os autores que estudam o comportamento dos pais sabem que este não ocorre ao acaso, mas é fundamentado em ideias e crenças organizadas, subjacentes ao comportamento diário, sobre a forma de lidar com os filhos. Concordam também que valores, ideias, crenças e o comportamento não podem ser compreendidos de forma isolada, mas somente como aspetos inseparáveis ligados à cultura e ao contexto de desenvolvimento da criança.

Atualmente nem todos os casais vivem o processo de transição para a parentalidade apoiados e a própria sociedade regista rápidas mudanças de ideias sobre família. Estas mudanças que ocorrem na estrutura social e familiar têm vindo a constituir-se como fatores que desafiam o desempenho das funções parentais nos dias de hoje. A complexidade de competências e saberes necessários aos pais para cuidar, proteger, estimular, desenvolver a afetividade e a socialização da criança, podem comprometer por um lado o exercício do papel parental e por outro o desenvolvimento harmonioso da criança.

Apesar deste papel parental se modificar de acordo com as fases de crescimento e desenvolvimento da criança, o primeiro ano de vida é basilar no seu crescimento e desenvolvimento (Brazelton & Greenspan, 2006). É também neste período que maiores alterações nos papéis sociais do casal acontecem, acompanhadas de necessidades de redefinição e reorganização de projetos de vida, a nível da identidade e funções.

Pais e profissionais de saúde partilham o conhecimento de que os bebés necessitam de cuidados afetuosos e responsivos para o desenvolvimento de uma vinculação segura. Sabem também que a aprendizagem promotora de um bom desenvolvimento tem lugar

no contexto de importantes relações interpessoais protagonizadas entre a criança e as pessoas significativas. A melhor forma de ajudar crianças muito pequenas a crescerem curiosas, confiantes, aprendizes capazes, é fornecer-lhes cuidados consistentes e afetuosos (que estarão na base do estabelecimento de relações de vinculação seguras com adultos significativos). A qualidade dos cuidados e relações de vinculação seguras também parece afetar as futuras capacidades de empatia, regulação emocional e controlo comportamental da criança (Shonkoff & Phillips, como referido por Carvalho et al., 2016).

Importa assim que esta qualidade de cuidados esteja alicerçada nas verdadeiras necessidades desenvolvimentais e de afeto da criança, em particular na fase inicial de sua vida, isto é, no primeiro ano.

Assim o conhecimento sobre a educação e o desenvolvimento infantil formam um pilar fundamental na forma como os pais interpretam o comportamento da criança, as ações destas e, conseqüentemente, o seu desenvolvimento.

Este processo envolve um complexo conjunto de responsabilidades em que os profissionais poderão ter um papel vital. A compreensão do desenvolvimento da criança, a promoção da aprendizagem parental e o potencial de desenvolvimento da criança são áreas em que os pais necessitam de apoio para empreenderem o seu papel e as suas responsabilidades (*Council of Europe, 2006*). De entre estes profissionais o enfermeiro tem uma posição de destaque pela proximidade com os pais e porque a parentalidade é um foco de enfermagem (*International Council of Nurses, 2006*).

Tendo em conta a escassez de estudos nesta área, isto é, no domínio do conhecimento dos pais, sobre o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, achámos pertinente desenvolver esta investigação com o objetivo de criar evidências para a prática clínica dos cuidados de enfermagem. Paralelamente este trabalho fará parte de um estudo de validação do Inventário de Conhecimentos sobre o Desenvolvimento Infantil.

Decorrente desta preocupação surgiu a questão de investigação, “Será que as variáveis sociodemográficas, variáveis obstétricas, frequência do curso de preparação para o nascimento e do curso de recuperação pós-parto, influenciam o conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida?”

Para dar resposta a esta questão definimos para este estudo como objetivo principal, determinar a influência das variáveis sociodemográficas, obstétricas, frequência no curso de preparação para o nascimento e frequência no curso de recuperação pós-parto nos conhecimentos dos pais sobre desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida.

O primeiro ano é um período de grande crescimento físico, motor, cognitivo e sócio emocional e é um período propício à estimulação do potencial da criança.

A nossa experiência em cuidados de saúde primários, mais concretamente no acompanhamento de mães e pais em fases precoces da sua parentalidade, onde as dúvidas são recorrentes e à velocidade do desenvolvimento do bebé, urge saber que conhecimentos têm estes pais e como poderemos implementar uma mudança conducente às necessidades encontradas. Outra realidade por nós vivenciada são as crianças de famílias mais vulneráveis, acompanhadas em intervenção precoce, onde a falta de conhecimentos por parte de alguns pais é notória relativamente a aspetos básicos do desenvolvimento infantil. A realização deste estudo poderá ser uma mais-valia ao permitir determinar o conhecimento dos pais acerca do desenvolvimento infantil e assim identificar fatores que possam ser sensíveis à intervenção de enfermagem, ajudando assim os pais a se tornarem mais competentes e capazes, influenciando positivamente a educação e o desenvolvimento dos seus filhos. Não podemos mudar o mundo, mas esperamos melhorar as nossas práticas à luz do presente estudo.

Nesta investigação pretendemos determinar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil e para tal utilizámos o Inventário de Conhecimentos sobre o Desenvolvimento Infantil, versão traduzida do *Knowledge of Infant Development Inventory* (KIDI) (MacPhee, 1996; adaptado por Lima, Vale-Dias & Mendes, 2012).. Os participantes deste estudo foram mães e/ou pais de bebés até um ano de idade utentes das UCCs de Vagos, Ílhavo e Albergaria e USFs dos respetivos Centros de Saúde.

Quanto à estrutura, a presente dissertação encontra-se dividida em duas partes, a primeira constituída pelo enquadramento teórico, e a segunda constituída pelo estudo empírico.

A primeira parte contempla três capítulos que abordam a transição para a parentalidade, o desenvolvimento infantil e por último as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no empoderamento dos pais durante a transição para a parentalidade.

A segunda parte é constituída também por três capítulos, a metodologia da investigação, os resultados e discussão dos mesmos.

Finalizaremos este trabalho com as conclusões e as sugestões que considerámos pertinentes, assim como algumas das principais limitações deste.

PARTE UM – ENQUADRAMENTO TEORICO

Nesta primeira parte pretende-se realizar uma base teórica e conceptual de sustentação ao restante trabalho, de modo a alcançar os objetivos propostos para a sua realização.

Abordam-se conceitos de transição para a parentalidade, padrões de resposta materna e paterna, características do crescimento e desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, assim como os fatores determinantes no conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil, seguindo-se as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no empoderamento dos pais durante o período de transição.

Para conseguir a efetivação deste enquadramento teórico, foi necessária uma criteriosa seleção bibliográfica que incidiu sobre as obras que pareceram mais pertinentes no âmbito da temática que se pretende estudar.

1 – TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

O nascimento de uma criança exige da família uma necessidade de se ajustar, reorganizar, consolidar, adaptar e estabelecer novos padrões de comportamento. Os Pais, além de terem de desenvolver confiança no seu estilo parental único, têm de possuir uma verdadeira compreensão do comportamento infantil e necessidades do seu bebé durante os primeiros meses de vida. Para além da própria experiência como pais, geralmente recebem pouca preparação para prestarem melhores cuidados, sendo a maior parte da aprendizagem realizada pelo método da tentativa/erro.

A chegada de um filho constitui uma grande mudança na vida de um casal, levando alterações na vida pessoal, conjugal, social e profissional. A transição para a parentalidade pode ser planeada e desejada, uma escolha pessoal, ou pelo contrário ser alheio à vontade do mesmo. Ao falar-se de transição para a parentalidade, há que reconhecer que este é um assunto complexo, não só pela complexidade de influências que este fenómeno assume, mas também pela complexidade das relações existente entre os intervenientes, que permite perceber quais os fatores facilitadores deste processo, quais os que dificultam e que o põem em risco, como são exemplo as características da criança, dos pais, bem como do meio familiar e extrafamiliar. Esta transição provoca profundas alterações na vida de cada um, que se repercutem em todos os elementos da família

Tornar-se um pai ou uma mãe inscreve-se dentro da dinâmica da sociedade, num contexto historicamente construído, onde a influência de padrões culturais, representações sociais, crenças e valores se afiguram. O conceito de parentalidade encerra em si subjetividade pelo facto de ser interpretado de forma muito peculiar pelo homem e pela mulher. Desde os primórdios da humanidade que a gravidez, o nascimento e o desenvolvimento de um filho marcam o ciclo de vida. Não obstante esta centralidade, o significado e a valorização destes acontecimentos têm evoluído através dos tempos, enquadrados pelo devir dos contextos socioculturais, que vai provocando transformações no processo de quem cuida e exerce a função de educador da criança (Canavarro, 2001).

A “parentalidade (do latim *parentâle*) é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos se tornarem pais, isto é de

responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s)” (Leal, 2005, p. 322).

No que diz respeito à Enfermagem, a concepção de parentalidade tem também merecido atenção. Aparece descrita, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, desenvolvida pelo International Council of Nurses (2006, p. 43), como *“Acção de Tomar Conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”*. Martins (2013) realça que neste conceito a ênfase não é dada no processo de transmissão de saberes, crenças e tradições, promotor do desenvolvimento máximo da criança, mas no conjunto de ações físicas e emocionais capazes de promover a incorporação e desenvolvimento do novo membro da família apelando assim à responsabilização parental. Refere ainda que embora este possa ser um conceito ainda não integralmente e claramente definido, a consistência em comunicar, priorizar a criança e a família e satisfazer as suas necessidades, de forma congruente com as crenças e valores, estão já identificados como três processos de parentalidade positiva. A conjugação destes três fatores permite inferir sobre a eficácia do processo de parentalidade vivido e sustentar a importância do papel de ser mãe e ser pai.

A faceta comportamental da parentalidade tem sido largamente estudada e aprofundada no sentido de identificar o tipo de ações que os progenitores efetuam, as condições em que as efetuam e os fatores que possibilitam a diferenciação da ação parental, aspetos considerados fundamentais para a interpretação e definição do conceito de parentalidade (Cruz, 2005). Este remete a parentalidade para um conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro e fora da família e na comunidade.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o *International Council of Nurses* (ICN) faz, não só, referência à parentalidade como foco de atenção para a prática de cuidados, como também à própria adaptação a este processo. De facto, e no âmbito deste documento, a *“Adaptação à Parentalidade”* é descrita como sendo uma *“Acção de parentalidade”* com as seguintes características específicas: *“comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para*

se preparar para ser pai ou mãe, interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados” (CIPE, 2006, p. 37).

Tanto o homem como a mulher iniciam a sua transição para a parentalidade como seres separados e distintos, com variados percursos individuais, mas com um mesmo objetivo, a formação de uma nova família. Daí que o homem e a mulher com diferentes características biológicas, de personalidade, com distintas atitudes, prioridades e formas diferentes de gerir os seus múltiplos papéis sociais, perspetivem este momento de transição de forma distinta (Ziegel & Cranley, 1985; Williams, 1999; Canavarro, 2001).

Na realidade, a aprendizagem do exercício da parentalidade parece acontecer após o nascimento do filho. Até esse momento vai sendo construído um mundo de fantasias, expectativas e desejos. Nas palavras de Relvas (2004, pp. 80-81) “até ao nascimento da primeira criança tudo se joga ao nível do desejo, do imaginário, da expectativa (...). Sobre o que é ser pai, sobre o que é ter um filho, sobre o que será esse filho, sobre o que ele poderá dar ou tirar ao casal e à família”. A preparação para o novo papel é edificada, segundo este autor, durante a infância através das brincadeiras com bonecos e das representações encenadas enquanto crianças sobre os pais e as mães e com a própria experiência vivida com as próprias figuras parentais através da observação do modelo parental. Posteriormente, é possível imaginar o bebé que se vai ter e o modo de relacionamento com ele. Ao longo da gravidez, este processo imaginativo é acelerado e, através das novas tecnologias para controlo da gravidez e evolução fetal (ecografia), torna-se possível antecipar e confirmar a imagem criada. Contudo, é no momento do nascimento, através do confronto com o bebé real, que os pais se apercebem do seu novo papel e se deparam com um bebé que, na maioria dos casos, não corresponde ao filho imaginado. A partir desse momento, impõe-se um processo de adaptação com todas as implicações que daí possam advir.

A parentalidade pressupõe o desempenho de funções executivas de proteção, educação e integração na cultura familiar relativamente às gerações mais novas (Alarcão, 2000). Na opinião de Relvas (2004), esta função parental transcende a simples interação do tipo causal (questões executivas e de educação), assumindo uma complementaridade de papéis onde se revelam a transmissão intergeracional de regras, modelos comunicacionais e utilização de mitos, crenças e rituais familiares.

As experiências de transição para a parentalidade são individuais a cada figura parental, de acordo com o grau de mudança que este acontecimento trará à sua vida. A vida, e a forma como, cada um, lida com os momentos de passagem inerentes à sua existência,

não podem ser entendidas somente numa perspectiva individual, porquanto, além da influência exercida pela própria família, na qual se insere, a capacidade de adaptação é ainda influenciada pelos recursos pessoais e externos, experiências anteriores e significado atribuído aos acontecimentos (Meleis & Trangenstein, 2010).

As transições podem ser categorizadas em desenvolvimental, situacional, saúde/doença e organizacional, e serem descritas em termos de padrões (Meleis, et al., 2000).

Ainda de acordo com este autor, a transição é assumida como uma passagem de um estado, condição ou lugar para outro. A transição para a parentalidade é uma das mais comuns e estudadas transições desenvolvimentais com que as famílias se confrontam ao longo da sua existência (Schumacher & Meleis, 2010). Tornar-se pai ou mãe é uma transição especialmente crítica porque é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios Pais como também na saúde e desenvolvimento das respectivas crianças.

O desenvolvimento da teoria da enfermagem sobre as transições resultou do contributo de diferentes estudos realizados por Meleis e colaboradores acerca das experiências de transição em diferentes situações. Após uma longa e profunda reflexão sobre as transições, e após vários anos a escrever sobre elas, Afaf Meleis, desenvolveu a teoria de médio alcance que aborda uma problemática que é central para a enfermagem, e que consiste na compreensão do desenvolvimento do ser humano face às mudanças previsíveis e imprevisíveis da sua vida, bem como as suas respostas perante estas situações de stresse.

Ao longo da vida, e de acordo com Meleis (2010), a pessoa experimenta fases de mudança que são marcadas por alterações de um estado para outro, caracterizando-se esses períodos por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade. A transição é, por isso, um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade o que impreterivelmente, nos remete para os processos psicológicos envolvidos na adaptação da mudança ou rutura (Murphy, 1990).

A forma como as pessoas se adaptam aos diversos processos de transição que ocorrem ao longo do seu ciclo de vida, como na sua transição para a parentalidade, influenciam o bem-estar familiar e a sua saúde.

Do ponto de vista desenvolvimental, a parentalidade marca a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar, envolvendo a complexificação no sistema familiar, com a conseqüente redefinição de papéis e tarefas. É uma das maiores mudanças que o sistema familiar enfrenta, na qual os cônjuges se tornam progenitores de uma nova

família. Embora decorra frequentemente de uma opção, tornar-se pai ou mãe é uma transição especialmente crítica, pelo carácter irreversível do compromisso assumido e pelas repercussões que pode ter não só na saúde dos próprios Pais, como, também, na saúde e desenvolvimento das crianças, singularidade que distingue esta transição das demais (Brazelton, 2013; Mercer, Ferketich, & De Joseph, 1993).

É relevante a forma como cada indivíduo passa pela transição para a parentalidade. A maneira como homens e mulheres se concebem enquanto mães e pais e como se organizam nesta transição, os seus valores, crenças e expectativas individuais, influenciam mutuamente as vivências de cada membro do casal e devem ser compreendidas numa ótica individual, de dinâmica familiar e de contexto social mais amplo. Atualmente nem todos os casais vivem este processo de transição apoiados e a própria sociedade regista rápidas mudanças de ideias sobre família. Estas mudanças que ocorrem na estrutura social e familiar têm vindo a constituir-se como fatores que desafiam o desempenho das funções parentais nos dias de hoje, pela complexidade de competências e saberes necessários aos pais para cuidar, proteger, estimular, desenvolver a afetividade e a socialização da criança, que podem comprometer o positivo exercício do papel parental.

Neste sentido, deve ser salientada a premissa de Meleis e Trangenstein (2010), de que “a transição é um conceito central para a Enfermagem”, porque o seu objeto é o cliente que se encontra a experienciar um processo de transição, a antecipá-lo ou mesmo a completá-lo e por isso a transição constitui-se como um fenómeno de interesse para os enfermeiros (p. 66).

Apesar deste papel parental se modificar de acordo com as fases de crescimento e desenvolvimento da criança, o primeiro ano de vida da criança é basilar no seu crescimento e desenvolvimento (Brazelton & Greenspan, 2006). É também neste período que maiores alterações nos papéis sociais do casal acontecem, acompanhadas de necessidades de redefinição e reorganização de projetos de vida, a nível da identidade e funções.

Após a análise da Teoria de Meleis aplicada à transição para a parentalidade, conclui-se que a experiência da transição traz consigo a reformulação da identidade, sendo um processo complexo que requer tempo para a preparação e desenvolvimento de habilidades. Portanto, o papel dos enfermeiros, no pré e após o parto deverá ser promotor da saúde, ao facilitar a transição e apoiar na procura de soluções para satisfazer as necessidades do casal em cuidados de Enfermagem. Daí a importância da

investigação, de modo a que se possam conhecer em profundidade os aspetos relacionados com a transição e conseqüentemente otimizar a aplicabilidade do modelo. Esta vivência transicional é tradicionalmente associada a sentimentos positivos de alegria e satisfação, através da qual se atinge a realização pessoal e se completa a pessoa enquanto ser humano (Relvas, 2004). É, por muitos, encarada como uma oportunidade de desenvolvimento, mas é também considerada como um momento de crise, devido às muitas alterações ocorridas e à possibilidade de, no decurso deste processo, estar alterada a capacidade de autodeterminação dos pais, de gestão das suas necessidades e de construção de respostas adaptativas, representando um risco para a sua saúde e bem-estar.

De acordo com Soares (2008), a dificuldade desta transição reside, ainda, no facto de lhes exigir uma adaptação permanente, com gestão de novos sentimentos, comportamentos e preocupações, à medida que os filhos evoluem no seu percurso de desenvolvimento.

1.1 – PADRÕES DE RESPOSTA MATERNA E PATERNA

Ser mãe, ao longo dos tempos, não teve sempre o mesmo significado. Durante muitos séculos não se atribuiu especial relevo à função materna, ela foi assumindo uma conotação e importância gradativas ao longo da história. O século XIX pelo facto de ser marcado pela imagem de mãe associada ao papel de educadora e criadora da sociedade futura, que, segundo Giddens (1993), consubstancia uma ideologia que exalta o papel natural da mulher como mãe, atribuindo-lhe todos os deveres e obrigações na criação dos filhos e limitando a função social feminina à realização da maternidade. Passou-se a esperar da mulher uma quase onipotência. A mãe “perfeita e normal” devia mostrar-se paciente e dedicada, atenta a todas as necessidades de seu filho e totalmente devotada. Era vista como uma mulher divina e virtuosa, e todo o afastamento desse padrão acarretava sentimentos de culpa ou frustração. Condenava-se o trabalho fora do lar como desperdício físico de energias femininas, da saúde e da capacidade de desempenho das funções maternas, além de elemento comprometedor da dignidade feminina. Toda a mulher que não desejasse exercer a vocação materna era reprovada por negar o sentimento de amor inerente à condição feminina, violando as leis da natureza. A II Guerra Mundial, exigindo o afastamento do homem da família para a defesa da nação, vem dar realce à importância e capacidade da mulher em

educar os filhos. As mulheres começaram a por em causa a teoria que defendia uma mãe voluntariamente dedicada e sacrificada, e a recusar a maternidade como sua única fonte de felicidade e realização ou como sua primeira e única preocupação. Assim, o número de mulheres com atividade laboral aumentou e estas passaram a viver uma dualidade de papéis e a exigir aos pais a partilha de responsabilidades domésticas e de cuidados à criança. A mulher deixou de ser definida exclusivamente como mãe, abrindo-se-lhe novos horizontes de realização pessoal, familiar e profissional. Concomitantemente, verificaram-se transformações na estrutura familiar. A família tradicional, onde coabitavam várias gerações, deu lugar à família nuclear, constituída por pai, mãe e filho(s), esboçando uma adaptação às circunstâncias e desafios da sociedade (Mendes, 2007a).

Pode-se dizer que, em grande parte as transformações nos valores familiares acompanham a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho, o crescente peso da escolarização e a separação entre o exercício da sexualidade e reprodução. Cabe acrescentar que essas mudanças presentes ampliaram a autonomia feminina, mas colocam-na frequentemente em situação de desigualdade, com um acumular de funções, pois as mulheres passaram a dividir com o homem o sustento da casa e a exercer as novas funções maternas (Perista, 2002).

De reprodutora a responsável pela saúde da família, o papel da mulher como mãe foi, assim, assumindo uma configuração que perdura até aos dias de hoje. As mulheres parecem ter internalizado a ideologia da existência do instinto materno e do autossacrifício em nome dos filhos e da família (Trindade, 1999). A maternidade continua a ser frequentemente caracterizada como natural e instintiva. Canavarro (2001, p. 22) defende que *“muitas mulheres sentiram, sentem e sentirão que ser mãe é fundamental para a sua realização pessoal”*, o desejo de cuidar de uma criança pode ser tão forte e natural que transmite a sensação de ser qualquer coisa inata. Realça ainda, que as características físicas e anatómicas não são condições suficientes à existência de uma maternidade adaptativa, da mesma forma, acha que esta nova conceptualização da maternidade implica também uma distanciação da maternidade como instintiva ou natural, comum a todas as mulheres, para se tornar uma opção, como tantas outras que caracterizam a vida das mulheres no mundo atual.

A maternidade surge assim como um processo ativo com mudanças permanentes, exigindo flexibilidade e capacidade de se adequar a todas as transformações e perdas associadas a esta nova experiência para uma adaptação harmonizada. Implica ainda aprender a lidar com a perda de liberdade e independência. A mulher experimenta maior

perturbação que o homem, com os seus novos papéis, nomeadamente pelas mudanças que ocorrem a vários níveis, como no sono, tempos de lazer, relacionamento sexual, tempo com os amigos e tempo com o companheiro, que são geralmente mudanças mais intensas que nos homens (Colman & Colman, 1994).

Conferir à maternidade um papel meramente biológico é, segundo Lopes e Fernandes (2005), uma negação do que é mais importante na reprodução humana, a tarefa social, cultural, simbólica e ética de tornar possível a criação de um novo sujeito humano, a quem denominamos de filho. De certo modo, ser-se mãe hoje não é ser-se só de corpo. É ver reconhecida uma tarefa social, cultural, simbólica e ética necessária à criação de um novo ser humano.

Independentemente do seu grau de autonomia, qualquer recém-mãe precisa da ajuda e da colaboração do seu companheiro em particular nesta primeira fase de adaptação ao seu novo papel. Não só porque o parto a deixou fragilizada, mas também porque um bebé exige atenções e cuidados constantes. E se é certo que existem situações intransmissíveis como a amamentação, existem muitas outras que podem e devem ser partilhadas pelos pais (Padrão, 1998). Apesar de ser um pouco desajeitado no início, a presença e o suporte do pai ao lado da mãe faz toda a diferença. Embora a figura paterna assuma um carácter importante em termos logísticos, reveste-se ainda de maior valor em termos psicológicos. Ou seja, mais do que alguém que ajude a mudar fraldas ou a dar banho ao filho, a mãe precisa de sentir que tem um apoio para as suas crises de angústia, um ombro onde pode chorar à vontade, um admirador delicado que não esmorece, um parceiro com quem partilha as alegrias, as novidades e todas as pequenas conquistas.

O papel do pai é hoje considerado fundamental, tendo sofrido diversas alterações ao longo dos tempos. Sob o ponto de vista histórico, a observação do exercício da parentalidade evidencia que as características dos papéis e das interações familiares sofreram modificações na sociedade ocidental, desde o modelo patriarcal, onde toda a organização familiar se centrava na figura masculina (Narvaz & Koller, 2006), até à multifacetada sociedade pós-moderna, com novos arquétipos de família (Lamb, 1997). A paternidade deixou de compreender apenas o papel circunscrito à figura de provedor, para, também, abarcar comportamentos e atitudes de maior envolvimento e contacto afetivo com os filhos (Balancho, 2004).

O desenho da paternidade começa assim antes de uma possível gravidez, mas só se pode tornar real com a concretização da gravidez. Após a notícia da confirmação da gravidez, a fase dos primeiros movimentos do novo ser é o segundo acontecimento mais

marcante para os futuros pais e marca, mesmo, como que o início da vinculação precoce entre os pais e o novo ser. Este envolvimento paternal, na ajuda e apoio emocional durante a gravidez, contribui para uma adaptação bem-sucedida da mulher ao seu estado de futura mãe e diminui a sensação de afastamento da mulher durante este processo (Brazelton, 1992).

De acordo com Balancho (2003), ser pai hoje é ser educador, modelo, companheiro, marido e profissional, isto implica que para além de ter de desempenhar os papéis que se esperam de um homem adulto, tem ainda o de pai. O pai tem de descobrir os novos papéis sociais relativamente ao bebé, e aos outros, neste novo estatuto – ser pai.

De facto, houve grandes avanços na investigação e identificação dos comportamentos e ideias parentais associados a níveis superiores de desenvolvimento e adaptação nas crianças, o que contribuiu para questionar algumas das práticas educativas tradicionais caracterizadas pela ênfase no autoritarismo. É igualmente inegável o aumento no ritmo imposto ao quotidiano das famílias pelo estilo de vida atual, marcado pelas grandes distâncias entre a casa, as escolas e os locais de trabalho e pelo facto de cada vez mais mães trabalharem fora de casa e assumirem uma dupla carreira. Estes aspetos, algo exteriores a família, introduziram alterações no tipo de interação que pais e filhos mantêm nos seus tempos de convívio em comum. A abordagem ecológica ilustrou de forma clara a importância de se considerar o desenvolvimento da criança nos vários ecossistemas (micro, meso, exo, macro e crono-sistemas) em que participa (Bronfenbrenner e Morris, como referido por Cruz & Ducharme, 2006).

Hoje em dia são muitos os pais que procuram estar informados em relação a estas questões que se prendem com o nascimento dos filhos. No essencial pretendem informação que os ajude a lidar com o recém-nascido e a compreender os seus próprios sentimentos. Surgem muitas dúvidas, não só relativas à educação dos filhos, mas também quanto aos próprios sentimentos que eles provocam: ternura, desejo de proteção, impotência, frustração, insegurança, zanga e admiração (Brazelton, 1992). Paralelamente ao papel de educador, compete ao pai outras funções ou melhor dizendo, outras atribuições, como a de disciplinar os filhos com amor, através do seu envolvimento em atividades físicas e lúdicas com o mesmo, que permite, no futuro, ajudar as crianças a regular e controlarem os seus comportamentos e emoções, a lidarem com um leque grande de sentimentos e a adaptarem-se a uma grande variedade de situações (Parke, 1996).

A importância do papel paternal, não deve ser apenas sinónimo de apoio à mulher, mas também uma experiência pessoal, tendo em conta que a sua vivência desta fase se

baseia numa transformação pessoal e social que pode ser de igual intensidade à da sua parceira (Colman & Colman 1994).

Neste sentido, e como refere Mendes (2009) o pai atual está a ficar mais consciente da importância do seu papel relativamente ao acompanhamento e desenvolvimento do(s) filho(s), proporcionando-lhe maior facilidade para atender às necessidades deste(s) e contribuindo para o estabelecimento de uma relação afetiva mais próxima. Sublinha ainda que nesta tarefa de construção do papel paternal, os pais têm de reorganizar o espaço mental e físico para o(s) seu(s) filho(s), ajustando os tempos sociais, pessoais e de trabalho.

Apesar desta evolução, muitas pesquisas realizadas indicam que a imagem do pai continua essencialmente associada às funções tradicionais, sobretudo à de provedor (Sutter, & Bucher-Maluschke, 2008), percebida como modo de afirmação da masculinidade, em que o homem é aquele que garante o sustento da sua família (Chorvat, 2006). Os pais ainda hoje estão frequentemente menos envolvidos com os filhos do que as mães (Jablonski, 2007; Tudge et al., 2000) e as mudanças que se verificam a este nível atribuem-se a influências mais específicas de determinantes pessoais e contextuais. Cowan & Cowan, (2000) salienta que globalmente, as mães estabelecem uma relação de maior proteção e afetividade com os filhos, enquanto os pais restringem as suas atitudes a uma interação mais física e menos íntima, focalizada em brincadeiras. Stern (1997) reforça ainda, que convém distinguir os “novos pais” (aqueles que procuram obter igualdade nos cuidados aos filhos) dos “pais tradicionais”, que valorizam menos a igualdade e, portanto, não a vivem.

A divisão das tarefas costuma ser mais tradicional ou não tão equilibrada quanto o esperado por ambos os pais (Cowan & Cowan, 2000). No plano do discurso e dos valores, uma percentagem significativa de homens e mulheres defende uma divisão igualitária das tarefas domésticas e do cuidado dos filhos, contudo, na prática, estes valores e atitudes emergentes têm ténues reflexos (Torres, 2004). Alguns estudos desenvolvidos em Portugal (Amâncio, 2007; Perista, 2002; Torres, 2004) revelaram desigualdades significativas a este nível, traduzidas, inevitavelmente, em sobrecarga para as mulheres. Também numa investigação mais recente desenvolvida por Carvalho, Gaspar, Cardoso (2017) em mães primíparas, emergiram relatos contrários à partilha, das tarefas domésticas por ambos os elementos do casal, onde alguns pais demonstraram com carácter “machista” em relação a esta partilha, motivando por vezes discussões entre o casal.

Independentemente de exercerem ou não, uma atividade profissional remunerada, a tempo inteiro ou parcial, são as mães quem continuam a assegurar a quase totalidade das tarefas domésticas e de cuidado aos filhos.

Nas famílias de duplo salário, em que ambos os progenitores trabalham e partilham as responsabilidades de cuidado infantil, é interessante observar que a diferença de quantidade de tempo que as mães e os pais passam com a criança é altamente significativa. No estudo de Feldman (2000), as mães passaram quase 2.5 vezes mais horas com o filho do que os pais durante um dia típico de trabalho. Essas diferenças permaneceram altas mesmo aos fins de semana, um período em que o desequilíbrio observado durante a semana poderia ter sido esbatido. Além disso, em 60 casais participantes, foi insignificante o número dos que indicaram que o pai compartilhou 50% da responsabilidade da casa e de cuidado infantil, e nenhum casal testemunhou uma participação paterna superior a 50%.

No estudo realizado por Paquette em 2004, a respeito do comportamento paterno e o desenvolvimento infantil, enfatizava que o pai é mais do que um simples coadjuvante dessa relação. Para o autor, ambos os pais estão implicados em duas dimensões-chave de cuidados parentais, uma emocional e a outra de controle, sendo que cada um (pai e mãe) atua do seu próprio modo (como referido por Manfroi et al., 2011). Contudo, em geral, as mães são mais compreensivas e afetuosas, enquanto que os pais obtêm a obediência das crianças mais facilmente por meio de sua autoridade persuasiva, exercendo assim, o controle. O mesmo autor argumenta que tanto a figura materna como a paterna asseguram a proteção da criança, mas com um equilíbrio diferente. A mãe tende a acalmar a criança quando ela está agitada e aflita, ao passo que o pai tende a colocar a criança em situações nas quais ela é obrigada a confrontar o ambiente circundante, fornecendo, ao mesmo tempo, proteção e impondo limites. Nessa perspectiva, Paquette enfatiza que o papel do pai é tão importante quanto o da mãe no desenvolvimento infantil, sendo que cada um funciona em polos distintos. O primeiro polo, caracterizado pela relação de anexo exercida pela mãe (o conforto), asseguraria a proximidade física para permitir que o pai respondesse às necessidades básicas da criança. Já o segundo polo, exercido pelo pai (ativação), permitiria a autodescoberta das próprias capacidades da criança, ambos facilitando a exploração do ambiente e permitindo o desenvolvimento de uma autoimagem positiva e confiança no pai (como referido por Manfroi et al., 2011). Da mesma forma, Lamb (1997) corrobora essas colocações, afirmando que o contato entre pai e criança se dá em maior escala física, aumenta com a idade e tende a ser mais intenso em locais públicos. As especificidades

dessas interações pai/criança pode interferir também no desenvolvimento motor das crianças.

Os autores são unânimes ao considerarem que o nascimento do bebê constitui um desafio emocional, físico, sexual e financeiro para qualquer casal. Trata-se de um relacionamento que já possui a sua própria história, estilo e expectativas, onde os casais são formados de pessoas provenientes de diferentes famílias, culturas e experiências. Estas diferenças podem ser enriquecedoras, mas podem também causar conflitos em certos momentos; e o nascimento de um bebê pode ser um deles.

Ser pai e ser mãe representa ser agente de continuidade, ser capaz de assegurar a descontinuidade, os limites e as diferenças entre gerações. É o transmitir heranças genéticas, valores, costumes e significados em intimidade e aceitando as diferenças. A parentalidade engloba um projeto de vida a longo prazo, também ele sujeito a sucessivas mudanças, que compreende a necessidade de prestação de cuidados e dádivas de afeto necessárias para que a criança possa realizar um desenvolvimento ótimo das suas capacidades, dentro e fora da família simultaneamente, enquanto processo de reorganização, podendo também contribuir para o próprio desenvolvimento pessoal dos pais (Canavarro, 2001).

Quando os pais descobrem que estão à espera de um bebê, dificilmente imaginam que haverá uma altura em que terão que dizer “não” a esta criança tão desejada. Mas por volta dos 8 meses de idade, a criança que se tenha desenvolvido segundo o padrão usual, irá demonstrar que sabe muito bem que está a fazer mal e que é capaz de não o fazer. Este é um ritual de passagem que todos os pais têm de enfrentar. Satisfazer as necessidades da criança e protegê-la do meio ambiente já não é suficiente, agora têm de limitar os seus desejos e protegê-la de si própria. Dizer “não”, impondo intencionalmente limites à criança promovendo um desenvolvimento saudável, não é exatamente algo que esteja na cabeça da maioria dos pais quando empreendem esta tarefa.

Importa ressaltar que, para que as interações pais-filhos possam ser bem sucedidas e englobem os contributos individuais de ambos os intervenientes, algumas características são imprescindíveis, incluindo: (a) um elevado grau de sintonia, em que o comportamento individual de ambos os parceiros na díade é mutuamente interdependente; (b) o envolvimento mútuo, no qual cada parceiro está disponível para, e responde ao outro; (c) as características do parceiro adulto, incluindo a sua disponibilidade emocional, a sensibilidade aos sinais emocionais do bebê e as respostas

contingentes às emoções e às cognições emergentes através da vocalização, do olhar e das ações (McCollum, Ree, e Chen, como referido por Zuzarte, & Calheiros 2010).

Lopes, Catarino e Dixe (2010) reportam-se ao Council of Europe (2008), ao referirem que a parentalidade positiva integra o conjunto de funções atribuídas aos pais para cuidarem e educarem os seus filhos e é definida por comportamentos e valores parentais, baseados no melhor interesse das crianças. Pode ser descrita como promoção do desenvolvimento de relacionamento positivo e otimização do potencial desenvolvimento das crianças ou também como parentalidade no melhor interesse da criança. Tem como princípios básicos o reconhecimento das crianças e dos pais como titulares de direitos e sujeitos a obrigações, com um potencial natural e pluralista e parceiros essenciais na otimização do potencial de desenvolvimento das crianças

E como se desenvolve o bebé no primeiro ano de vida é o capítulo que nos vamos debruçar a seguir.

2 – DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O desenvolvimento infantil é um processo complexo que vai desde a concepção, envolvendo vários aspetos, desde o crescimento físico, maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança. Tem como objetivo, tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às do seu meio. Conceptualizar o que vem a ser desenvolvimento infantil não é tão simples, variando com o referencial teórico que se queira adotar e os aspetos que se queira abordar. Emerge de maneira ordenada e é relativamente duradouro, sendo primordial nos primeiros anos de vida, pois é nesta etapa da vida que a criança, segundo Brazelton e Greenspan (2006), estabelece as bases para o seu desenvolvimento, apresenta maior plasticidade e resiliência para responder aos estímulos que recebe e para se adaptar aos fatores que possam influenciar o seu desenvolvimento.

Também para Bellman, Lingam e Aukett (2003) a criança é um ser em desenvolvimento cujo crescimento se exprime através de simultâneos comportamentos ou reações bio anatômicos, psicológicos e sociais, que evoluem de acordo com as leis da maturação neurológica, sendo a sua ordem de sucessão a mesma para todos os indivíduos, mas diferem simplesmente em relação ao ritmo a que sucedem uns dos outros.

O crescente interesse pelo estudo das crenças parentais sobre educação e desenvolvimento infantil deve-se à importância atribuída ao estudo da relação pais-filhos, partindo da asserção de que os pais pensam sobre o desenvolvimento infantil, que têm ideias acerca do modo como este se processa e possuem expectativas relativamente ao desenvolvimento dos próprios filhos (Goodnow e Collins, como referido por Lima, Vale-Dias & Mendes, 2012).

Educar uma criança é segundo Bilbao (2016), apenas apoiar-la no seu desenvolvimento cerebral, para que algum dia esse cérebro lhe permita ser autónoma, atingir as suas metas e sentir-se bem consigo própria. Refere ainda que explicado assim parece ser simples, mas educar tem as suas dificuldades, e a maior parte dos pais e das mães não teve qualquer formação sobre a forma como podem ajudar os seus filhos nesse processo. Por vezes, os pais e as mães sentem-se perdidos, à toa ou inseguros em relação à forma como podem ajudar os seus filhos em diferentes aspetos do seu amadurecimento intelectual e emocional. Outras vezes agirão com confiança, mas de forma contrária àquela que o seu filho precisa nesse momento. Pimentel (1999) refere-

nos vários autores que se debruçaram sobre a importância das concepções dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos seus filhos, das suas percepções sobre esse mesmo desenvolvimento, e da influência dos seus sentimentos, atitudes e expectativas, sobre o processo interativo que entre ambos se vai estabelecendo. O que os pais “Pensam” dos seus bebés, parece influenciar decisivamente não só o tipo de intervenção que com eles estabelecem, como também as suas estratégias educativas, o que por sua vez, vai influenciar o comportamento e desenvolvimento do bebé.

Vários estudos demonstram o quanto é importante conhecer a psicologia dos cuidadores primários, regra geral os pais ou seja, as suas ideias, crenças e percepções acerca da forma como a criança se desenvolve desde o nascimento e por toda a infância, e suas práticas de cuidado no quotidiano (Harkness e Super, como referido por Cruz, Cavalcante & Pedroso, 2014). Referem que hoje em particular, pode ser decisivo à tomada de decisões para fins de intervenção social conhecer as concepções de desenvolvimento infantil e práticas de cuidados presentes no quotidiano desses cuidadores, e compreender como aspetos pessoais, sociais, históricos e culturais interferem de modo particular na relação entre mãe e filho, por exemplo.

A qualidade dos cuidados primários à criança é de extrema importância para a sua saúde mental em desenvolvimento, como destacam vários estudiosos do desenvolvimento nessa fase da vida. O contacto íntimo e contínuo do bebé com um cuidador primário pode ser decisivo para um crescimento saudável. É nessa relação primária que os especialistas julgam ser a condição básica para o desenvolvimento da personalidade e saúde mental (Cruz et al., 2014).

Entre os principais teóricos do desenvolvimento infantil, Bowlby (1995) explica que nos primeiros meses de vida a criança sente-se segura, com o mínimo de tensão, na medida em que sente a proteção materna. Este e outros autores mostram que uma brusca rutura na relação inicial poderia causar graves danos no desenvolvimento da criança. Os cuidados iniciais são vistos como decisivos na primeira infância. Enfatiza a confiança que a criança em formação deposita na mãe para que ela possa enfrentar o mundo sem medo (Winnicott, 2000). A qualidade desse laço que aproxima mãe e filho refletirá o tipo de relação que a criança começa a construir com o mundo à sua volta. Se esta relação primária for frágil, possivelmente trará consequências futuras nocivas.

De acordo com o modelo bioecológico do desenvolvimento humano proposto por Bronfenbrenner (1996), a criança precisa crescer num ambiente que favoreça possibilidade de interação com o seu cuidador, a partir de uma variedade de atividades e a convivência num espaço que permita a sua locomoção e contenha utensílios que

servam de estímulos ao seu desenvolvimento. Esse modelo teórico valoriza os processos psicológicos na relação da criança com o seu ambiente imediato e defende a multideterminação ambiental sobre o desenvolvimento, discutindo a importância das relações interpessoais com os cuidadores primários, mas também a sua vivência em diferentes sistemas. Também outros autores que defendem o desenvolvimento numa perspectiva de integração dos sistemas ecológicos, compreendem que este fenômeno deve ser estudado sempre no contexto. Referem que o nicho de desenvolvimento infantil é composto por três subsistemas que envolvem o ambiente físico e social, que diz respeito aos aspetos físicos da casa em que a pessoa vive e a organização social e familiar, os costumes de cuidado que são caracterizados pela noção de infância e o que é transmitido entre as gerações e ainda, as etnoteorias parentais que podem ser definidos como os conjuntos organizados de ideias, valores e crenças implícitos nas atividades do dia a dia, nos julgamentos, escolhas e decisões que os pais tomam, funcionando como modelos ou roteiros para as suas ações, ou seja, a psicologia dos cuidadores. Em particular, o que os autores chamam de etnoteorias parentais envolvem as crenças sobre desenvolvimento (concepções, ideias), a maneira mais adequada de cuidar das crianças (rotinas, práticas) e as expectativas em relação às mesmas (metas de socialização) (Cruz et al., 2014).

Se pudéssemos resumir as perspectivas até agora abordadas, e concordando com Pimentel (1999), poderíamos encontrar uma linha de desenvolvimento em que o bebé, no seio de uma relação marcada pela disponibilidade, com trocas interativas marcadas por emoções positivas, se torna seguro, sendo essa segurança manifestada pelo interesse, curiosidade e exploração do ambiente na presença da sua figura de vinculação. Progressivamente, os pais vão guiando as atividades dos seus filhos, de tal forma que o bebé não só sente o prazer de ter atingido os seus objetivos internos, como experimenta um afeto partilhado com a sua mãe, por ter também atingido os objetivos que ela lhe traçou.

Marido e mulher escolhem-se um ao outro, mas não podem escolher os filhos, e determinar antecipadamente o género de filhos que irão ter, exceto se os adotarem. Esta é a grande aventura da existência humana, o bebé recém-nascido é um indivíduo independente e como tal deve ser aceite. Mas ainda há mais alguma coisa além desta individualidade, não só cada bebé e cada criança, mas também cada idade individual tem a sua própria individualidade. A criança de três anos não é simplesmente uma edição um pouco mais velha e mais capaz da de dois anos. A criança de quatro anos não é apenas uma criança de três anos mais competente (Gesell, 2000). Este autor acrescenta que cada idade não é meramente a soma das coisas que a criança dessa

idade é capaz de fazer, cada idade tem a sua própria individualidade, a sua própria tarefa de desenvolvimento, o seu próprio clima e a sua própria maneira de ser. O desenvolvimento não avança numa simples direção em linha reta, dado que a faceta imatura de qualquer comportamento ocorre repetidamente em alternância com a faceta mais amadurecida, assim é de esperar que idades de desequilíbrios alternem com idades de equilíbrio.

A mente das crianças é o maior recurso natural das nações, defende Walt Disney, todavia nem só no mundo fantástico se reconhece o seu valor. A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que garantir o desenvolvimento das crianças, em todas as dimensões, deve ser encarado com uma prioridade para qualquer sociedade. Reconhecer o seu potencial e promover as suas capacidades, nas várias dimensões contribui para a construção de um futuro promissor na sociedade global.

2.1 – CARACTERÍSTICAS DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

O primeiro ano é um período de grande crescimento físico, motor, cognitivo e sócio emocional e é um período propício à estimulação do potencial da criança. Corresponde ao período em que a função parental se baseia, essencialmente, na satisfação das necessidades básicas da criança para lhe proporcionar bem-estar e promover o seu desenvolvimento. A interação estabelecida durante este período permitirá a partilha de sentimentos e afetos entre os pais e a criança, sendo uma fase importante para o desenvolvimento da “confiança básica” descrita por Erikson em 1976, como referido por Cruz (2005). Também Thompson (2001) afirma que os primeiros anos de vida constituem um período de grande oportunidade de crescimento e de vulnerabilidade, em que as crianças são participantes ativos do seu próprio desenvolvimento em conjunto com os adultos que cuidam deles. Não só a criança fica fisicamente maior, mas também as proporções do corpo mudam (Behrman, 2008). Estas mudanças nas proporções corporais, juntamente com os assinaláveis avanços no desenvolvimento cerebral que integram as vias neurais que regulam o comportamento, ajudam a explicar as mudanças marcantes na coordenação motora, equilíbrio e destreza.

O recém-nascido fisicamente descoordenado aprende a sentar-se por volta dos seis meses de idade, a levantar e caminhar por volta do primeiro ano, sendo estas progressões ligadas às interações sociais da criança. Estes avanços físicos são

igualmente favorecidos pelo crescimento da acuidade sensorial, como a alteração nos olhos, ouvidos e outros órgãos sensoriais. A evolução da organização cerebral faz com que as crianças aprendam rapidamente a fazer a utilização do campo visual e a discriminar sons de maneiras muito mais sofisticadas (Clearfield, 2011).

Sumariamente, e tendo em conta os vários autores consultados, podemos descrever da seguinte forma o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida.

Ao nascer, os olhos, ouvidos e outros órgãos sensoriais do recém-nascido estão predispostos e ativos aos novos acontecimentos, que são as novas oportunidades de aprender. A mente está ativa, mesmo quando apresenta um comportamento desorganizado, todo o sistema intelectual permite-lhes envolverem o mundo com a sua mente. Os recém-nascidos têm uma capacidade natural para discriminar sons da linguagem humana, que são usados em todas as línguas, mesmo aqueles que nunca ouviram falar e que os pais não conseguem discriminar.

Na idade de 4 a 7 meses as mudanças intelectuais da criança refletem-se no seu comportamento, tais como na demonstração de forte ligação aos cuidadores, de choro quando se aproxima de estranhos, ou quando quer um brinquedo ou quer mudar de atividade. Ela mostra mais interesse no que a rodeia e comunica melhor as suas emoções e desejos.

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

Segundo Thompson (2001) há uma tendência cultural para atribuir as competências físicas da criança a um calendário de maturação inato. No entanto, muitas vezes é esquecido que essas competências dependem de catalisadores cruciais como a experiência e o meio ambiente. Nestes períodos mais rápidos de desenvolvimento, muitas vezes são períodos de maior vulnerabilidade devido às inúmeras mudanças que ocorrem num curto espaço de tempo. O desenvolvimento físico saudável nos primeiros anos depende substancialmente da forma como os cuidadores protegem as crianças dos danos que possam ocorrer.

Tem sido consistentemente demonstrado, por vários autores, que o desenvolvimento das habilidades sociais e cognitivas das crianças é influenciado pela qualidade das

interações que as crianças têm com seus cuidadores. Nos primeiros anos de vida as interações pais-filhos são particularmente importantes pois este é um período em que associações cognitivas relevantes se desenvolvem. As crianças envolvidas em experiências de aprendizagem, como comportamentos interativos dos seus pais com as competências das crianças, tendem a desenvolver de forma mais eficiente as competências infantis.

Os contextos socioculturais interagem com a família, isto é com a capacidade de exercer a parentalidade. O contexto promove condições, ou adversidades, para o desenvolvimento, mas as práticas parentais irão promover o desenvolvimento nesse contexto, fruindo do que o ambiente oferece e protegendo do que poderá ser menos positivo para a criança (Preteur, Lescarret, & Leonardis, 1998).

A Ordem dos Enfermeiros refere-se ao desenvolvimento como sendo o “aperfeiçoamento e a especialização de determinadas funções, com aquisição progressiva de certas competências cada vez mais complexas em várias áreas funcionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 78) Contudo, o estudo do desenvolvimento infantil implica um olhar científico sobre o modo como a criança muda, no decorrer do tempo, sendo que essa mudança é sistemática e adaptativa, dentro da multidimensionalidade da criança e de tudo o que a rodeia. O modo como cresce e se desenvolve é influenciado por fatores que são, de certo modo, abraçados por todas as teorias, como por exemplo, a hereditariedade biológica, a maturação física e o ambiente externo de um modo lato. Mais especificamente, a família e as suas características (composição, papéis desempenhados e convicções), nível socioeconómico (rendimentos, educação e profissão), etnia e cultura (sentimento de identidade partilhada e modos de vida de um grupo).

Aos pais é exigido um processo antecipado de preparação da criança, de otimização do seu crescimento e desenvolvimento e uma constante redefinição no contexto social. Isto exige o desenvolvimento de processos cognitivos, comportamentais e interpessoais que têm de ser compreendidos e apoiados (Meleis, 2010).

2.2 – FACTORES DETERMINANTES NO CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

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

A mesma Academia evidencia que o ambiente criado pelos pais influencia a maneira da criança lidar com as suas emoções, a maneira de interagir com as pessoas, a maneira de pensar e a maneira de crescer psicologicamente. O ambiente adequado centra-se no desenvolvimento, interesse e personalidade da criança e dá oportunidades de aprendizagem, respondendo às necessidades da criança com afeto e amor e com algumas atividades desenvolvidas em interação. Nestas atividades incluem-se brincadeiras agradáveis, reforços positivos e consistentes, conversação atraente, bons livros para ler e ouvir, música para estimular atividades intelectuais e liberdade para explorar e aprender com o que o rodeia. Esta interação entre os pais e a criança constrói e fortalece a arquitetura do cérebro da criança e cria um relacionamento rico em novas experiências e habilidades para a mesma (National Scientific Council on the Developing Child, 2004).

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

A American Academy of Pediatrics (2005) considera que a criança necessita de sentir-se especial, amada e valorizada; sentir-se segura e confiante no seu ambiente; de orientação; de equilíbrio entre liberdade e limites e de estar exposta a ambientes com linguagem, brincadeiras, exploração, livros, música, e brinquedos apropriados ao seu desenvolvimento.

Estes autores sugerem atividades comuns ao primeiro ano e atividades específicas para cada mês de idade da criança ao longo do primeiro ano.

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

- Elogiar o bebê e dar-lhe muita atenção, amor e abraçá-lo, pois ajuda-o a sentir-se seguro;
- Ser sensível ao ritmo e humor do bebê, aprender a ler as suas manifestações e a responder à sua tristeza e à sua felicidade;
- Evitar sujeitar o bebê a experiências de stresse ou traumáticas, tanto fisiológicas como psicológicas;
- Interagir com a criança tanto quanto possível: falar, ler, ouvir música, desenhar figuras e brincar juntos. Estas atividades permitem passar tempo focado nos interesses da criança e fazem a criança sentir-se especial e importante. Também possibilitam o desenvolvimento da linguagem que a criança usará para estabelecer relações saudáveis ao longo da vida;
- Falar para a criança face a face, pois a mímica dos sons desperta o seu interesse. Falar ou cantar para a criança durante o banho, o vestir, a alimentação, brincadeiras e os passeios. Usar frases vivas e simples e chamar a criança pelo nome;
- Responder aos sons da criança repetindo e adicionando palavras, porque esses exercícios ajudam a aprender a linguagem;
- Ler para a criança ajuda o seu desenvolvimento e compreensão da linguagem e dos sons. Pôr música a tocar e cantar para o bebê ajuda-o a desenvolver o amor pela música e pela matemática;
- Proporcionar brinquedos apropriados para a sua idade e que sejam seguros;
- Assegurar que outra pessoa que presta cuidados à criança compreenda a importância e desenvolva um relacionamento afetuoso e amoroso com a criança e preste cuidados de acordo com as necessidades da criança.

Tem vindo a ser demonstrado que os conhecimentos parentais atuam como mediadores, influenciando práticas de cuidados parentais (Ribas, Seidl de Moura e Bornstein, 2007), o que, por sua vez, tem efeitos diversos sobre as atitudes para com a criança, o seu comportamento e o seu desenvolvimento. Numa revisão da literatura sobre o conhecimento parental, os mesmos autores identificaram algumas tendências principais: (i) relação entre o nível socioeconómico e o conhecimento parental, sendo o nível educacional dos pais, em especial da mãe, com maior valor discriminatório em estudos sobre o desenvolvimento infantil; e (ii) o conhecimento dos pais sobre o

desenvolvimento infantil afeta os comportamentos parentais, e conseqüentemente o desenvolvimento infantil.

No programa-tipo de atuação em Saúde Infantil e Juvenil (Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2002), no qual é referido que “a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é, pois, um imperativo para os profissionais e para os serviços”, é assumido que a melhoria dos padrões de qualidade passa também pelo aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par de medidas sociais, favorecem o desenvolvimento da função parental e tornam possível que os pais e a família a assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-la e promovê-la.

Importa também procurar compreender o que determina/influencia as atitudes dos pais face ao desenvolvimento infantil.

Belsky & Jafee, 2006 como referido por Barros (2015) referem-nos que o comportamento parental é o resultado de uma multiplicidade de influências, entre as quais se destacam o próprio processo de desenvolvimento dos pais, o contexto social, económico e cultural em que estão integrados, a relação conjugal, a sua experiência direta e passada como filhos e a experiência atual como pais. Acresce ainda que as práticas parentais são influenciadas por determinantes relacionadas com os pais, determinantes associados aos filhos e determinantes inerentes ao próprio contexto (escola, bairro, comunidade, ambiente social mais alargado, cultura). Alguns destes determinantes são históricos, pertencem ao passado coletivo daquela comunidade ou ao passado individual daquele sujeito, e já não podem ser modificados, enquanto outros são atuais e a sua influência mantém-se continuamente.

Estes autores afirmam que grande parte do trabalho mais preventivo e educacional dirigido a pais de crianças saudáveis, em risco ou vulneráveis, tem como objetivo promover a aquisição de novos conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil da criança, sobre as práticas educacionais mais aconselháveis ou oferecer sugestões concretas para a resolução dos problemas comportamentais ou emocionais que o filho apresenta. Sublinham que não existe uma relação direta entre os conhecimentos que os pais têm sobre a educação, a saúde e o desenvolvimento, e as suas atitudes e práticas educativas, embora este sublinhado não implique uma desvalorização desses mesmos conhecimentos. Ou seja, sabemos que os conhecimentos sobre desenvolvimento e educação são importantes, mas que não é suficiente aumentar ou modificar os conhecimentos dos pais para que estes mudem as suas rotinas e atitudes educativas.

Por sua vez quanto mais os pais souberem sobre o processo de desenvolvimento, saúde, aprendizagem e educação das crianças e jovens e sobre estratégias educacionais eficazes, mais possibilidades têm de adotar significações adaptativas, flexíveis e integradoras. Por significações entenda-se a atividade subjacente de interpretação e construção de significado, e inclui pensamentos, ideias, crenças, expectativas, valores, normas e atribuições; é uma atividade simultaneamente cognitiva e emocional (Joyce-Moniz, 1993). Estas significações vão sendo construídas ao longo da vida, primeiro durante os anos de infância e juventude, depois em grande parte na relação direta com os filhos, pela observação de outras famílias e pela influência social e política dominante. Perante informações, regras e normas contraditórias ou conflitantes, os pais valorizam ou adotam as significações que lhe parecem mais adequadas ou que melhor explicam aquilo que observam e experienciam, ou que são mais coerentes com os seus sistemas de valores e filosofia geral de vida. Apesar de serem construções individuais e dinâmicas, isto é, sujeitas a mudanças e evolução, estas significações são também influenciadas pela cultura e as normas sociais do contexto em que vivem os pais (Sameroff e Fiese, como referido por Barros, 2015).

Num estudo desenvolvido por Cruz et al., (2014) com mães de crianças em acolhimento institucional, nos relatos obtidos durante a colheita de dados foi possível verificar que estas mães souberam lidar com situações de emergência envolvendo os seus filhos desde o período da sua gravidez, pois estas instruções foram fornecidas nas consultas médicas e em conversas com as suas próprias mães ou vizinhas que tinham vivenciado a experiência da maternidade. Deste modo, percebe-se como o ambiente social e cultural acaba por influenciar as ideias e crenças destas mães sobre o desenvolvimento infantil.

Também um outro trabalho realizado sobre o conhecimento parental, de mães de crianças pequenas, revelou que as informações e conselhos sobre parentalidade variam nos tipos de fontes, frequência de utilização, razões para o uso, e benefício identificado. As mães geralmente confiam nas suas próprias experiências, bem como no senso comum e nos recursos a profissionais para obtenção de informação (Bornstein, Cote, Haynes, Hahn, & Park 2012). Estes autores fazem referência à pesquisa de Civitas Initiative et al. (2000), em que 70% das mães de crianças com menos de 3 anos referem que confiam no seu cônjuge e 66% nas suas mães. Ou seja, o conhecimento parental das mães relaciona-se com o conhecimento das suas próprias mães, mesmo quando o contato entre as duas seja mínimo. Os pais mencionam recorrer com menos frequência aos sogros para conselhos de assistência aos filhos. Este modelo sugere que os pais geralmente confiam em fontes familiares e de proximidade para obtenção de informação

sobre parentalidade, assistência à infância e outros tipos de apoio. Complementam este aconselhamento com outras fontes formais de informação, como profissionais de saúde ou programas educacionais. É claro que a natureza e a amplitude das redes sociais dos pais condicionam o acesso à informação dentro e fora desta estrutura. Os pais pertencentes a comunidades mais pequenas e fechadas, por exemplo, terão menos exposição a informações externas e podem ser mais influenciados pelas opiniões das pessoas mais próximas. À medida que a mobilidade geográfica e a segregação de idade aumentaram, a disponibilidade dos avós e outros parentes e vizinhos próximos - fontes tradicionais de orientação para os jovens pais - diminuiu. Outra explicação possível para a falta de conhecimento do desenvolvimento pode ser a diminuição e ou o corte de interações com os prestadores de cuidados de saúde.

Uma parte significativa da atividade educativa dos pais e da sua interação com os filhos, é pouco refletida (Barros 2015). Na competição com as exigências de muitas outras tarefas e exigências quotidianas, os pais tendem a agir com os filhos de forma rotineira, por vezes quase automática, adotando atitudes que aprenderam por observação e experiência própria, eventualmente eficazes a curto prazo, embora, por vezes, também pouco adequadas ou com resultados contraditórios a longo prazo. Alguns pais agem mesmo de forma impulsiva, sem darem conta daquilo que estão, de facto, a fazer, e das consequências prováveis das suas atitudes nos filhos.

3 – INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO EMPODERAMENTO DOS PAIS DURANTE A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Na sociedade atual a família é a célula vital que fortalece o processo de crescimento e desenvolvimento físico, psico, afetivo e social dos seus membros, sendo nos primeiros anos de vida que esta tem influência fundamental no desenvolvimento da criança (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Os pais, ao serem os primeiros e principais prestadores de cuidados da criança, tornam-se um dos alvos prioritários de intervenção no que diz respeito a mudanças de comportamento para promover o desenvolvimento infantil.

A transição para a parentalidade, é por excelência uma fase sensível aos cuidados de enfermagem e à promoção da saúde, destinadas a melhorar ou modificar o desempenho do papel parental, através da formação, apoio ou educação, o seu principal objetivo é influenciar o bem-estar das crianças.

Ao encararmos a parentalidade como um processo que vai sendo construído ao longo do tempo, no período após o parto os pais ainda estão a desenvolver a caminhada que terão de fazer ao longo das suas vidas, dado o carácter irreversível inerente a este processo de transição. De acordo com Meleis (2010) as pessoas que experimentam transições tendem a ficar mais vulneráveis às ameaças, afetando a sua saúde e bem-estar. Estas mudanças requerem que as pessoas incorporem novos conhecimentos e modifiquem comportamentos. Assim sendo, os enfermeiros deverão estar disponíveis para os acompanhar neste período, dando desse modo continuidade ao trabalho iniciado durante a gravidez.

Soares (2011), também se refere à transição para a parentalidade como sendo uma temática com bastante relevo para a profissão de enfermagem, dado o impacto que a mesma poderá ter na saúde das crianças, casais e suas famílias, e no futuro das sociedades, sendo considerada uma prioridade nos cuidados de enfermagem.

De acordo com Vilaça (2012) todas as famílias em transição para a parentalidade têm uma estrutura própria de referência que deve ser avaliada, reconhecida e entendida. A avaliação dos padrões da família de comportamentos de saúde, estilo de vida, crenças, valores e percepções, bem como barreiras de comportamento de saúde, é de fundamental importância para o planeamento da educação parental. Os enfermeiros

devem conceber conteúdos de promoção da parentalidade, para a mudança, ou manutenção, de comportamentos baseados na consciência da família e nas práticas atuais de comportamentos de saúde. O papel do enfermeiro, na transição para a parentalidade, caracteriza-se assim, por assistir as famílias, através do processo de clarificação de valores, permitindo a expressão aberta dos sentimentos e preocupações. O desenvolvimento de aptidões, através da aquisição de conhecimentos e a clarificação de valores, pode ajudar as famílias, a formar uma filosofia pessoal de cuidados de saúde, mais especificamente sobre a parentalidade. Assim, as famílias podem aprender a fazer escolhas informadas e esquivar-se a procedimentos clínicos por falta de conhecimentos.

No decorrer da maternidade o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é o profissional que estabelece uma relação sustentada e próxima das mulheres, mas também com as suas famílias, sendo responsável pela promoção da saúde de ambos (Lopes & Fernandes, 2005; Merigh, Gonçalves & Rodrigues 2006). É o profissional, por excelência, que mais deve intervir junto das mulheres no decorrer desta transição desenvolvimental, centrando-se não só nas alterações físicas, mas também ensinando, instruindo, estimulando e treinando, indo ao encontro das necessidades de cada casal de modo a conquistar ganhos em saúde para as famílias e comunidade em que trabalha.

Esta posição de destaque deve-se segundo Lopes et al. (2010), pela proximidade com os pais, mediante trabalho individual e trabalho de grupo com a comunidade, permite ganhos em saúde na capacitação dos pais e da sociedade, constituindo uma oportunidade para os enfermeiros.

Assim podemos afirmar que os cuidados de enfermagem no pós-parto devem ser um foco de intervenção dos enfermeiros assim como o período de transição para a parentalidade. Não obstante este objetivo, a literatura aponta para uma desvalorização por parte dos profissionais neste período, considerando esta fase como passageira, sem grandes riscos e/ou problemas (Shimo e Nakamo como referido por Prazeres & Castro, 2000).

Podemos atribuir este facto, os pais terem referido num estudo realizado por Mendes (2009), que os cuidados de saúde não satisfazem as necessidades e expectativas dos pais referentes aos cuidados com o bebé, à fragilidade física da mãe, à inexperiência e insegurança perante os grandes desafios desta nova fase.

Já Carvalho (2009), remete-nos para outro caminho ao referir que os processos de transição e adaptação estão progressivamente a despertar o interesse e a necessidade

de investimento por parte da enfermagem, já que a procura de cuidados de saúde nestas áreas é cada vez maior. Exemplificando algumas dessas necessidades temos a vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil; a promoção do papel parental através de ensino aos pais sobre os cuidados com a criança, ao longo das diferentes fases do desenvolvimento infantil; a vigilância da gravidez, a promoção do conhecimento da grávida e a preparação para o parto/parentalidade, o ensino e a instrução sobre cuidados ao recém-nascido, entre outros.

Concordantes com esta ideia Hill et al. (2007), como referido por Felgueiras e Graça (2013) reforçam que é através dos cursos de preparação para o parto/parentalidade que se possibilita um importante suporte no decorrer da transição em estudo, essencialmente para os que são pais pela primeira vez (Canaval, Jaramillo, Rosero & Valencia, 2007). Nestes cursos importa trabalhar com os pais estratégias que permitam lidar com os sentimentos ambivalentes relacionados com a chegada de um novo membro da família, compreender o choro do bebé e dar respostas às necessidades, envolver o pai nos cuidados prestados, ensinar os pais acerca das competências sensoriais do recém-nascido, lidar com a mudança de papéis e da sexualidade do casal, promover a rede de suporte, protegendo-se da sua intrusão (Murta, Rodrigues, Rosa, Paulo & Furtado, 2011).

A intervenção dirigida ao casal e não somente a um dos conjugues pode promover a satisfação conjugal, fator protetor do desenvolvimento da criança. O suporte profissional é essencial para a construção da confiança no casal, e Canaval et al., (2007), reforçam esta opinião ao referirem que quando não há ajuda ou comunicação com os profissionais de saúde as pessoas que vivenciam uma transição experienciam sentimentos de confusão, frustração, conflito, ao que acrescentaríamos também sentimentos de ambivalência.

A Ordem dos Enfermeiros (2016) é clara ao afirmar que somente aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é reconhecida competência para ministrar o Curso de Preparação para o Parto/Parentalidade. Fundamenta que estes têm como objetivos desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho. Nas recomendações para a organização e dinâmicas dos cursos de preparação para o nascimento, a Ordem dos Enfermeiros (2014)

preconiza a realização de uma consulta inicial, especializada, realizada por uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para avaliação das expectativas e necessidades da mulher/casal.

Segundo o mesmo Órgão profissional e para empoderar o casal grávido na sua dinâmica de trabalho de parto e vinculação precoce com o seu bebé é sugerido que nos cursos de preparação para o nascimento e parentalidade se englobe a seguinte componente teórica:

- Trabalho de parto (fisiologia do trabalho de parto, dinâmica pélvica durante o trabalho de parto, parto natural *versus* parto medicalizado – prós e contras –, competências da parturiente, papel do pai/acompanhante no trabalho de parto);
- Analgesia de parto (“Dor” no trabalho de parto, métodos não farmacológicos vs farmacológicos de gestão da dor de trabalho de parto, competências da parturiente);
- Aleitamento materno (vantagens, fisiologia da lactação, técnicas de amamentação, extração e de conservação do leite materno, prevenção e tratamento de dificuldades na amamentação);
- Puerpério (consulta de revisão do puerpério, depressão pós-parto, planeamento familiar);
- Cuidados ao recém-nascido (higiene, vacinação, características / necessidades fisiológicas do recém-nascido, tipo de choro);
- Células estaminais;
- Sexualidade na gravidez e puerpério.

Acrescenta ainda uma componente prática composta da seguinte forma:

- Exercícios para a promoção da vinculação da grávida/acompanhante/bebé durante a gravidez;
- Técnicas de conforto durante o trabalho de parto: relaxamento, respiração, massagem, bola de parto e hidroterapia;
- O papel do acompanhante na promoção do conforto da parturiente;
- Posicionamentos durante o trabalho de parto e período expulsivo;
- Exercícios de tonificação do pavimento pélvico com consciencialização da sua importância e de todo o trabalho que este efetua.

Sugere ainda uma visita à maternidade de referência no sentido de familiarizar os casais com o local de parto, se este for o seu desejo.

Já em relação aos cursos de recuperação pós-parto, e de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2014), estes deverão ter como objetivos:

- Promover a saúde das mulheres atendendo às mudanças físicas, emocionais e psicológicas que acontecem no puerpério e facilitar o desenvolvimento das competências necessárias para o cuidado ao recém-nascido;
- Promover a prática de exercícios físicos adequados ao período do puerpério que ajudem na tonificação muscular (abdominal e perineal) e na adequada recuperação da forma física e de uma postura corporal correta da mulher;
- Partilhar experiências entre os membros do grupo (educação pelos pares).

O mesmo Órgão recomenda que também estes cursos contenham uma parte teórica e outra prática.

Assim a componente teórica deverá abordar:

- a) Fisiologia do puerpério;
- b) Depressão pós-parto;
- c) Aleitamento materno – frequência das mamadas (diurna e noturna), sinais de boa pega e de satisfação do recém-nascido. Preparação do regresso ao trabalho (extração e conservação do leite materno);
- d) Aleitamento artificial – higienização e esterilização de biberons e tetinas, preparação de fórmula para lactente;
- e) Vigilância de saúde do recém-nascido (vacinação, prevenção de acidentes, síndrome da morte súbita, sono, higiene, saúde oral, diversificação alimentar, cuidados em caso de doença aguda);
- f) Vigilância de saúde da mãe (necessidade de citologia cervical, vacinação, lactação);
- g) Prevenção de acidentes do recém-nascido e transporte seguro;
- h) Reinício da atividade sexual e planeamento familiar;
- i) Legislação em vigor.

A componente prática deverá desenvolver diferentes tipos de exercícios que visem a recuperação do tónus muscular, o fortalecimento do pavimento pélvico e a aquisição de uma postura corporal adequada.

No sentido de se adequar ao máximo esta assistência, às necessidades da população alvo recomenda-se também a realização de uma consulta de enfermagem prévia, pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no sentido de se identificar as necessidades específicas de cada puérpera nesta fase, e a aplicação da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo para avaliação do seu estado emocional (com referência para outro profissional de saúde se necessário).

Podemos concluir, e de acordo com Lopes et al., (2010) que os profissionais de saúde poderão ter um papel fundamental no ajustamento parental no pós-parto, se facilitarem a compreensão do desenvolvimento do bebé, se promoverem a aprendizagem parental, potencializando o seu desenvolvimento e se apoiarem os pais a empreenderem o seu papel.

A satisfação com o papel parental e a própria auto-eficácia são determinantes no processo de parentalidade. Por esse motivo Hudson, Elek e Fleck (2001) propõem aos enfermeiros a utilização de instrumentos de avaliação no período pós-parto, durante a estadia na maternidade, em vez de se basearem nas suas próprias perceções de experiência parental. Os mesmos autores sugerem que os enfermeiros encorajem os pais a participar nas sessões de educação para a saúde e que incentivem as mães a promoverem a participação destes nos cuidados com o bebé. Por outro lado, os enfermeiros deveriam basear as sessões de educação para a saúde nos resultados da investigação sobre a adaptação à parentalidade, proporcionando assim uma visão realista acerca da mesma. A formação de grupos de partilha, quer de sentimentos, quer de dificuldades, é também apresentada como uma estratégia para facilitar esta transição. Além disso, os pais com experiência no papel parental poderiam colaborar nestas discussões e servir de modelo nalgumas tarefas inerentes à parentalidade (por exemplo: mudança da fralda, banho, etc.). A criação de ferramentas inovadoras e proactivas como websites desenhados especificamente por pais e profissionais de saúde (designadamente enfermeiros) poderão constituir recursos eficazes para a promoção da parentalidade. Os autores acreditam que os novos pais poderão experienciar, deste modo, sentimentos de alívio ao perceberem que eles não são os únicos a vivenciarem dificuldades durante o processo de transição para a parentalidade.

A relação estabelecida entre o enfermeiro e os pais/família durante as consultas de vigilância é fundamental para o êxito da intervenção. Os diferentes cuidados que são prestados e as atividades que são desenvolvidas permitem obter um maior conhecimento das famílias e das suas necessidades. Através de uma relação próxima, contínua e empática, os enfermeiros poderão representar um suporte efetivo para as famílias que estão a viver, pela primeira vez, o processo de transição para a parentalidade. A educação para a saúde realizada abrange diferentes temáticas referentes ao bebé (cuidados de higiene, alimentação, sono e repouso, cólicas, interação pais/filho, desenvolvimento infantil, prevenção de acidentes, etc.) e à família (relação marital, depressão pós-parto, sono e repouso, distribuição de tarefas domésticas, planeamento familiar, etc.) que contribuem para uma adaptação facilitada ao novo processo de transição (Carvalho, 2009).

É função dos profissionais de saúde em geral e do enfermeiro em particular realizar ações educativas na gravidez, parto e puerpério, e que o cuidado de enfermagem deve ultrapassar a dimensão técnica, tornando-se humanizado e individualizado (Francisquini, Higarashi, Serafim, & Bercini, 2010).

No que concerne à visita domiciliária, enquanto tempo importante para a prática de enfermagem, concorre também para a intervenção bem sucedida nesta área. Conhecer os contextos mais próximos onde a família vive permite que os enfermeiros detetem as necessidades, os recursos e os apoios de que a família poderá dispor e que poderão ajudar a fazer face às dificuldades apresentadas. Partilhando esta mesma convicção, Fägerskiöld, Wahlberg e Ek (2001) referem-se à importância da visita domiciliária como um meio, por excelência, para a intervenção junto dos novos pais. Assim, estes autores defendem que a visita às famílias no período pós-parto, bem como em outros momentos, pode influenciar o desenvolvimento do relacionamento familiar, podendo ser significativa na prevenção da doença e promoção da saúde. Também Mendes (2007a, 2007b) salienta que a implementação da visita domiciliária é um elemento fundamental para uma prática de enfermagem mais interventiva numa abordagem sistémica de suporte técnico e relacional junto da mulher e respetiva família para uma efetiva transição à parentalidade.

PARTE DOIS – ESTUDO EMPÍRICO

Para obter um conhecimento científico, racional e sistemático importa seguir um método concreto e organizado ao longo do trabalho de pesquisa. Para tal é necessário seguir um caminho rigoroso, obedecer a determinados procedimentos que nos levam a atingir o fim pretendido, que é, a produção de novos conhecimentos.

Nesta segunda parte iremos realizar a descrição metodológica deste estudo, sua caracterização, objetivos, questões e hipóteses em análise, operacionalização das variáveis consideradas, população alvo e amostra, instrumento de recolha de dados, tratamento estatístico e procedimentos formais e éticos. Segue-se o capítulo com resultados da investigação que considera a caracterização da amostra e apresentação e análise dos resultados. Por fim será realizada a discussão dos resultados suportada pela pesquisa efetuada no quadro teórico de referência deste estudo, à luz dos resultados dos diferentes autores consultados.

4 – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

A investigação científica é, segundo Fortin (2003), um processo sistemático que permite examinar fenómenos do mundo real, com vista a obter respostas para questões que merecem uma investigação. É um método particular de aquisição de conhecimentos de forma ordenada, sistemática e rigorosa. O objetivo da investigação em ciências de enfermagem é um estudo ordenado de factos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o que leva à descoberta e desenvolvimento de saberes próprios da disciplina. Deste modo a enfermagem pode consolidar os seus conhecimentos, e a mudança será feita refletindo sobre as práticas o que permite a melhoria do desempenho profissional.

A opção metodológica de um estudo científico deve ter em conta a natureza do problema a investigar e depende da perspetiva teórica dos investigadores relativamente às várias formas de abordar esse mesmo problema.

Daí que na fase inicial deste trabalho se tenha efetuado um enquadramento teórico, para a compreensão da temática em estudo, que nos permitiu, não só, formular os objetivos, questões e hipóteses de investigação, mas igualmente contribuir para a análise e discussão dos resultados encontrados.

O presente capítulo propõe-se explicar os aspetos relacionados com a metodologia utilizada na investigação que sustenta a presente dissertação.

Da descrição metodológica deste estudo farão parte os objetivos, a formulação das questões e hipóteses de investigação, a apresentação e operacionalização das variáveis consideradas, a população e amostra, o instrumento e método de recolha de dados, o tratamento estatístico e os procedimentos éticos e formais.

4.1 – TIPO DE ESTUDO

O estudo em causa é um estudo de investigação quantitativa, com desenho transversal, de nível II, do tipo descritivo-correlacional, com o qual se pretendeu explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações (Fortin, 2003).

4.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO

O conhecimento dos pais sobre a educação e o desenvolvimento da criança podem influenciar a forma como estes interpretam o seu comportamento, as suas ações e, conseqüentemente, o seu desenvolvimento.

Assim definimos para este estudo o seguinte objetivo geral:

Determinar a influência das variáveis sociodemográficas, obstétricas, frequência no curso de preparação para o nascimento e frequência no curso de recuperação pós-parto no conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida.

Relativamente aos objetivos específicos foram delimitados os seguintes:

1. Identificar a existência de relações entre o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil e as variáveis sociodemográficas;
2. Verificar a existência de relações entre o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil e as variáveis obstétricas;
3. Identificar a existência de relações entre o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil e frequência de curso de preparação para o nascimento;
4. Identificar a existência de relações entre o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil e frequência de curso de recuperação pós-parto.

Diversos trabalhos referem-nos que os conhecimentos parentais são continuamente mobilizados pelos pais para avaliar o comportamento e o desenvolvimento dos seus filhos e para guiar decisões quotidianas a respeito de como conduzir a criação dos mesmos. Assim um melhor entendimento das cognições parentais contribuirá para um melhor entendimento do próprio desenvolvimento infantil. Foi à luz destes objetivos que nos propusemos refletir e analisar a influência destas variáveis para assim pudermos contribuir, como Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, para o impulso de uma nova atitude face às competências parentais no âmbito do desenvolvimento infantil, realçando o potencial humano que a criança detém e promovendo o acesso à formação/educação como condições essenciais à manutenção da responsabilidade parental.

4.3 – QUESTÕES E HIPÓTESES DA INVESTIGAÇÃO

As questões de investigação são enunciados interrogativos, escritos no presente. São mais específicos que os objetivos, orientando o investigador a encontrar as respostas da investigação. Ou seja, “as questões decorrem diretamente do objetivo e precisam a informação que se quer obter” (Fortin, 2009, p.164).

Deste modo poderemos enunciar a questão de investigação do nosso estudo da seguinte forma:

Q1 “Será que as variáveis sociodemográficas, variáveis obstétricas, frequência do curso de preparação para o nascimento e do curso de recuperação pós-parto influenciam o conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida?”

Já relativamente à hipótese esta é considerada uma previsão experimental sobre a relação entre duas ou mais variáveis, traduzindo o enunciado do problema para uma previsão dos resultados esperados, estando sujeita à aferição empírica da recolha e análise de dados (Polit & Hungler, 1995).

Com base na revisão de literatura e tendo como suporte as questões e os objetivos deste estudo formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1 - Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere em função do género.

H2 - Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere em função da idade.

H3 - Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere em função do nível socioeconómico.

H4 - Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere face ao facto de ter um ou mais filhos.

H5 - Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere em função de ter existido ou não planeamento da gravidez.

H6 - Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere conforme o tipo de parto.

H7 - Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere consoante a frequência ou não do curso de preparação para o nascimento.

H8 - Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere consoante a frequência ou não do curso de recuperação pós-parto.

4.4 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Com base no conhecimento científico, a investigação tem como principal função descobrir e expressar relações existentes entre os fenómenos e as variáveis.

Uma variável, é segundo Fortin (2003), “uma propriedade observável que varia e à qual são atribuídos valores”. Para a mesma autora, operacionalizar é atribuir uma significação a um conceito, especificando as atividades ou operações necessárias para medir, ou seja, defini-la de modo a que possa ser observada e medida.

As variáveis selecionadas para este estudo têm em conta a pesquisa bibliográfica efetuada e apresentada na primeira parte desta dissertação.

Variável dependente

A variável dependente é a variável que é influenciada pela variável independente (Fortin, 2009). No presente estudo a variável dependente corresponde ao “conhecimento dos pais acerca do desenvolvimento infantil” no primeiro ano de vida e foi avaliada pelo “Inventário de conhecimentos sobre desenvolvimento infantil” (KIDI) MacPhee, 1996; adaptado por Lima, Vale-Dias & Mendes, 2012). Este instrumento será descrito mais à frente.

Variáveis independentes

As variáveis independentes são aquelas que influenciam, determinam ou afetam a variável dependente (Polit & Hungler, 1995). Neste estudo consideraram-se variáveis independentes: o género, a idade, o nível socioeconómico, o número de filhos, o planeamento da gravidez, o tipo de parto, a frequência de um curso de preparação para o nascimento, a frequência de um curso de recuperação pós-parto, como potenciais influenciadores do conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida.

Género

O género pode considerar-se como o conjunto de caracteres morfofisiológicos que diferenciam o homem da mulher pelo que, também, os seus comportamentos são distintos, resultantes da socialização e da prática de heranças culturais, logo após o nascimento. Esta variável constitui-se numa variável nominal dicotómica: feminino ou masculino.

Idade

A idade materna/paterna assumiu-se como uma variável contínua, medida em anos, sendo o ano uma unidade de tempo igual a 365 dias. Esta variável corresponde ao número de anos que a mãe/pai apresentam no momento em que foi pedida a sua colaboração neste estudo.

No que respeita à variável idade, constitui-se uma questão de resposta aberta, em que os sujeitos a traduziam em anos.

Tratando-se de uma variável quantitativa contínua e de modo a facilitar a caracterização descritiva da amostra em estudo, estabelecemos as seguintes categorias:

- Inferior a 20 anos;
- De 20 a 24 anos;
- De 25 a 29 anos;
- De 30 a 34 anos;
- De 35 a 39 anos;
- 40 anos ou superior.

Nível socioeconómico

Ao referirmo-nos ao nível socioeconómico consideramos o nível social de cada um dos sujeitos, definido como estatuto social ou posição que cada indivíduo ocupa na sociedade.

Com a introdução desta variável no nosso estudo pretendemos saber se o nível socioeconómico dos pais influencia o conhecimento que estes possuem sobre o desenvolvimento infantil.

Para tal operacionalizámos esta variável ordinal tendo como linha de orientação a classificação do nível socioeconómico elaborada por Simões (1994), que o subdividiu em:

- Grupo 1 (Nível baixo);
- Grupo 2 (Nível médio);
- Grupo 3 (Nível elevado).

O grupo 1, nível socioeconómico baixo, inclui trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregadas de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, trabalhadores especializados da indústria (mecânicos/ eletricistas), motoristas; até ao 8º ano de escolaridade obrigatória. O grupo 2, nível socioeconómico médio, inclui profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, de seguros e bancários; agentes de segurança, contabilistas, enfermeiros, assistentes sociais, professores do ensino primário e secundário, comerciantes e industriais; do 9º ao 12º ano de escolaridade; cursos médios e superiores. O grupo 3, nível socioeconómico elevado, inclui grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio, da indústria e de serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitetos, engenheiros, economistas, professores do ensino superior); artistas; oficiais superiores das forças militares e militarizadas; pilotos da aviação; do 4ºano de escolaridade (de modo a incluir grandes proprietários e empresários) à licenciatura, mestrado ou doutoramento.

Número de filhos

Refere-se ao numero de filhos que cada pessoa tem e/ou teve.

No que respeita à esta variável, constitui-se uma questão de resposta aberta, em que os sujeitos traduziam o número de filhos que têm.

Planeamento da gravidez

Para estudar esta variável constitui-se numa variável nominal dicotómica: sim e não, isto é, a gravidez foi ou não planeada por ambos os pais.

Tipo de parto

O parto é um acontecimento muito significativo para a generalidade das mulheres e dos pais, em particular quando estes têm um papel interventivo no nascimento.

Existem dois tipos de parto: o parto vaginal ou natural e o parto por cesariana ou cirúrgico. O parto vaginal é aquele que acontece por via “baixa”, com ou sem episiotomia e com ou sem recurso ao uso de fórceps ou ventosa. O parto por cesariana consiste numa intervenção cirúrgica no abdómen e no útero da mãe para se extrair o feto, quando a realização do parto por via vaginal não for possível.

Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma questão fechada com duas opções de resposta:

- Parto vaginal;
- Parto por cesariana.

Frequência de um curso de preparação para o nascimento

A preparação para o nascimento assume-se como um meio privilegiado de transferência de informações sobre a gravidez, o trabalho de parto e o parto, correspondendo a um “programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros que encoraja a participação ativa no processo de parto” (Couto, 2006, p. 191).

Pensamos que a participação num curso de preparação para o nascimento, sistematizado pelos conteúdos abordados, poderá influenciar positivamente a tarefa da parentalidade. O método psicoprofiláctico, ou método de Lamaze, constitui-se um dos principais métodos utilizados em todo o mundo para a preparação para o parto.

O curso de preparação para o nascimento realizado na UCC de Vagos, denominado “Aprender até Nascer”, é um curso dirigido ao casal, ou pessoa significativa da grávida. É constituído por aulas teóricas e práticas, com início entre as 28 e as 32 semanas de gestação até à data do parto. Tem a frequência de duas vezes por semana. A organização do curso está orientada de acordo com as recomendações para os cursos de preparação para o nascimento da Ordem dos Enfermeiros, e como explanado no capítulo anterior.

A participação num curso de preparação para o parto sistematizado (segundo o método psicoprofiláctico), realizado por enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, constitui-se numa variável nominal dicotómica: sim e não. Esta

variável foi avaliada através de uma questão em que era solicitado à mãe e ao pai que indicassem a frequência ou não deste curso durante a gravidez.

Frequência de um curso de recuperação pós-parto

O puerpério, é o período de recuperação física e psicológica da mãe que começa imediatamente a seguir ao nascimento do(s) bebé(s) e se prolonga por 6 semanas após o parto. Caracteriza-se por ser um período rico em alterações na mulher e no seu círculo familiar/de amigos, envolvendo adaptações fundamentais ao (novo) papel de mãe, tanto a nível físico, como psíquico, social, económico entre outros (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

O curso de recuperação pós-parto na UCC de Vagos (“Encontros com mamãs”) tem por base as recomendações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros para a sua organização e dinâmica, também descritas no capítulo anterior. Este é também um curso teórico-prático com início de acordo com a tipologia de parto, e que finaliza quando a mãe não tem mais disponibilidade para o frequentar. Tem a frequência de duas vezes por semana. As sessões são dirigidas às mães, pais e bebés e familiares significativos do casal. Nesta organização contamos com a colaboração de outros elementos da unidade, assim como com outros profissionais externos a esta, para a dinamização de temáticas de acordo com a sua formação profissional e ajustadas às necessidades deste curso.

Esta variável foi avaliada através de uma questão em que era solicitado à mãe e ao pai que assinalassem a frequência ou não deste curso no puerpério.

Pensamos que a participação nos cursos de preparação para o nascimento e/ou recuperação pós-parto sistematizado, de acordo com os conteúdos teóricos e práticos preconizados pelos pareceres e recomendações da MCEESMO realizados por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, poderá influenciar positivamente o conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil.

Variáveis de caracterização da amostra

No presente estudo considerámos também importantes para a caracterização sociodemográfica da amostra as variáveis estado civil e habilitações literárias e ainda a aceitação da gravidez e tipo de analgesia (anestesia) que teve durante o Trabalho de Parto/Parto. Também foi objeto deste estudo a variável “filho acompanhado em intervenção precoce”.

Para a caracterização das mães relativamente do trabalho de parto/parto considerámos a variável tipo de analgesia (anestesia) efetuada durante o mesmo. Incluímos ainda informação relativa à idade dos filhos e se teve/tem algum filho acompanhado em intervenção precoce.

Passaremos de seguida a descrever cada uma dessas variáveis.

Por “estado civil” entendemos a situação jurídica ou condição que o indivíduo apresenta como membro de uma sociedade. Esta variável constitui-se como uma variável qualitativa nominal com cinco opções:

- Solteiro(a);
- União de facto;
- Casado(a);
- Divorciado/ Separado(a);
- Viúvo/a.

A variável “habilitações literárias” constitui-se como uma variável nominal, operacionalizada em sete categorias:

- Não frequentou o sistema de ensino;
- 1.º Ciclo (1º - 4º anos de escolaridade);
- 2.º Ciclo (5º e 6º anos de escolaridade);
- 3.º Ciclo (7º - 9º anos de escolaridade);
- Ensino secundário (10º ao 12ºano);
- Ensino superior - 1º ciclo (licenciatura);
- Ensino superior - 2º/3º ciclo (mestrado/ doutoramento).

Também a variável “aceitação da gravidez” foi alvo neste estudo, sendo constituída numa variável nominal dicotómica: sim e não, isto é, a gravidez foi ou não aceite por ambos os pais.

Na variável “tipo de analgesia (anestesia) efetuada durante o trabalho de parto”, foi elaborada uma questão fechada com três opções de resposta:

- Analgesia epidural;
- Analgesia sistémica (sedação);
- Nenhuma.

Para dar resposta à variável “tem/teve algum filho acompanhado em intervenção precoce” foi elaborada uma questão fechada com duas opções de resposta: sim e não.

4.5 – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

O conjunto de indivíduos que partilham características idênticas definidas por um conjunto de critérios é segundo Fortin (2003) a definição de população. A população que é escolhida para determinado estudo é a população alvo, esta é formada pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção que são definidos antecipadamente, para os quais o investigador pretende fazer generalizações. Já a amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma cópia em miniatura da população alvo, pelo que a amostra deve ser representativa da população selecionada.

A população que esteve na base do presente estudo foi constituída por mães e/ou pais de bebés até um ano de idade.

O processo de seleção da amostra foi efetuado tendo por base a técnica de amostragem não probabilística, por seleção accidental, uma vez que é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis num determinado local, em que o investigador os seleciona para o estudo com base em critérios pessoais em relação aos quais os sujeitos serão os mais representativos.

O recrutamento dos participantes foi efetuado nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCCs) de Vagos, Ílhavo e Albergaria e Unidade de Saúde Familiar (USFs) dos respetivos Centros de Saúde, no período entre janeiro e junho de 2017. Nas UCCs o recrutamento foi efetuado no âmbito do curso de recuperação pós-parto e nas USFs nas consultas de vigilância de saúde infantil.

Com vista a obter uma maior homogeneidade da amostra, foram definidos critérios de inclusão e de exclusão.

Assim os critérios definidos para a inclusão dos participantes foram:

- Mães e/ou pais com bebés até um ano de idade;
- Participar voluntariamente na investigação;
- Não apresentar constrangimentos significativos no domínio da língua portuguesa.

Os critérios de exclusão prendem-se com a não observância de um dos critérios de inclusão.

A escolha do serviço e instituição referidos tiveram a ver com a acessibilidade em termos de proximidade e facilidade de contacto com as colegas que iriam aplicar os questionários às mães e pais que satisfizessem os nossos critérios de inclusão.

A amostra do nosso estudo ficou constituída por 115 sujeitos, que aceitaram participar no estudo após explicada a natureza e objetivos do mesmo, sendo efetuada posteriormente o pedido de consentimento informado. Deste total houve necessidade de eliminar 8 dos questionários em virtude de se encontrarem com erros de preenchimento, ficando deste modo a nossa amostra redimensionada a 107 sujeitos.

4.6 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Considerámos que o melhor processo de colheita de dados para o nosso estudo seria através do questionário, uma vez que é auto-preenchido, não sendo obrigatório a presença do investigador.

O questionário é um método direto de obter informação, sendo constituído por um conjunto de questões com uma ou mais variáveis a serem estudadas.

O questionário utilizado encontrava-se dividido em duas partes.

A primeira parte é constituída por sete questões que permitem recolher informação social e demográfica do pai e/ou mãe, duas questões relativas aos filhos, duas questões destinadas a obter informação relativa ao contexto da gravidez, duas questões direcionadas a obter informação relativa ao parto e três questões relacionadas com a informação sobre intervenção precoce, frequência do curso de preparação para o nascimento e/ou recuperação pós-parto.

A segunda parte é constituída pelo Inventário de conhecimento sobre o Desenvolvimento infantil - *Knowledge of Infant Development Inventory* (KIDI) (MacPhee, 1996; adaptado por Lima, Vale-Dias & Mendes, 2012).

O KIDI foi desenvolvido por David MacPhee, professor no departamento of Human Development and Family Studies of Colorado State University. Na sua conceção o autor

atendeu às publicações sobre o tema de desenvolvido infantil, às orientações internacionais sobre nutrição e alimentação, e a testes de desenvolvimento infantil como Escala de avaliação comportamental (Brazelton), Escala de Bayley e Escala de Uzgiris Hunt. (MacPhee, como referido por Vilaça, 2012).

Descrição do instrumento original

O *Knowledge of Infant Development Inventory-P* (KIDI-P) é um instrumento de autopreenchimento, unidimensional, formado por 58 itens, destinado a adultos, que permite obter informação factual sobre o conhecimento dos pais relativamente às práticas educativas, aos processos de desenvolvimento e ao comportamento normativo da criança em idade pré-escolar. O conteúdo dos itens que compõe o inventário baseia-se no racional teórico da psicologia do desenvolvimento (MacPhee 2002, como referido por Lima, et al., 2012).

As respostas ao inventário são dadas de duas formas distintas. As respostas à primeira parte do inventário (*itens 1 a 39*), que reporta a um conjunto de itens sobre o comportamento normativo na infância, são dadas através de uma escala com três opções de resposta: “concordo”, “discordo” ou “não tenho a certeza”. A segunda parte (*itens 40 a 58*) reporta aos itens sobre os marcos de desenvolvimento que expressam a aquisição de competências pela criança, em idades específicas. Para este conjunto de itens, a opção de resposta “discordo” é substituída pela indicação se determinada aquisição é feita mais cedo ou mais tarde comparativamente com o descrito na afirmação. A avaliação das respostas aos itens é feita segundo o critério de “resposta correta”, “incorreta” ou “não tenho a certeza”, cuja veracidade dos itens é determinada pela informação obtida nas investigações empíricas sobre o desenvolvimento infantil.

Os resultados que podemos obter com a aplicação do KIDI-P são obtidos a partir do cálculo de três índices: 1) o índice de confiança nas respostas (IC), que reflete o não uso da opção “não tenho a certeza”, reportando à confiança que o participante tem no próprio conhecimento, obtido pelo cálculo da frequência com que os respondentes optam pela opção “não tenho a certeza”; 2) o índice de precisão (IP) representa a exposição dos sujeitos respondentes a informação normativa e sólida sobre as crianças e é definido pela percentagem de respostas que são assinaladas corretamente (onde o “não tenho a certeza” não é contabilizado); e 3) o índice total (IT), definido pela percentagem de respostas corretas face ao total dos itens do KIDI-P. Este índice é

calculado através do produto dos dois índices referidos anteriormente (índice de confiança nas respostas e índice de precisão).

A versão portuguesa do KIDI-P manteve o número de itens da versão original, embora a estrutura de resposta, no que reporta aos itens 40 a 58, seja a mesma do que os restantes itens (“concordo”, “discordo” ou “não tenho a certeza”). Não obstante esta alteração, continua a ser possível calcular os índices de cotação das respostas previstos no inventário original. Para se proceder à cotação da escala, os itens são cotados de 1 a 3, consoante a resposta “concordo”, “discordo” ou “não tenho a certeza”, respetivamente. A contagem do tipo de respostas permitirá, a posteriori, realizar o cálculo dos índices.

Quanto à fidelidade do KIDI-P, foi determinada a sua consistência interna através do coeficiente de alfa de Cronbach. Assim a versão portuguesa deste instrumento apresentou um coeficiente de alfa de Cronbach de 0.84, podendo constatar-se que a escala apresenta bons níveis de fidelidade (Field, 2007).

Este resultado aproxima-se bastante dos mencionados pelo autor Macphee, (2002), no seu estudo da versão original, onde apresenta um alpha de 0.82 (Lima, et al., 2012). O mesmo autor salienta ainda que o resultado obtido neste estudo revela conformidade com os encontrados por outros autores como Hamilton e Orme, (1990), Ruchala e James, (1997), MacPhee e Rattenborg (1991) com coeficientes que variam entre 0.80 e 0.86.

De salientar que o KIDI-P já se encontra validado para a população portuguesa e está indicado para ser usado em pais de crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 6 anos.

Já no que diz respeito ao KIDI, o inventario utilizado neste estudo está indicado para pais de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 2 anos, daí a nossa opção pela sua utilização neste estudo. Este inventário encontra-se ainda na fase de adaptação e validação para a população portuguesa. Decorrente deste facto, e como será referido mais à frente nos procedimentos formais e éticos, os dados da presente dissertação irão também eles contribuir para a fase final da adaptação do KIDI para a população portuguesa, conforme combinado com as autoras.

4.7 – TRATAMENTO ESTÁTISTICO

A análise dos dados foi realizada com recurso ao software IBM *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.

Os dados foram analisados a dois níveis: descritivo e inferencial. A análise descritiva baseou-se no cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%), bem como medidas de tendência central (M) e de dispersão ou variabilidade (DP). A estatística inferencial teve por base testes de comparações de médias entre grupos pré-definidos, conforme as hipóteses colocadas. A escolha do tipo de testes a utilizar depende da verificação (ou não) do pressuposto da normalidade da variável dependente do estudo, neste caso o conhecimento dos pais acerca do desenvolvimento infantil.

Para verificação desse pressuposto e tendo em consideração o tamanho da amostra ($n > 50$) recorreu-se ao teste *Kolmogorov-Smirnov*. Os resultados indicam que, das três medidas em análise, apenas o índice de precisão segue a distribuição normal ($p > 0.05$; Tabela 1).

Tabela 1 – Resultados do teste de normalidade para o KIDI: Índice de confiança, Índice de precisão e Índice total.

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	sig	Estatística	gl	sig
Índice de confiança	0.158	107	0.000	0.900	107	0.000
Índice de precisão	0.073	107	0.200	0.991	107	0.683
Índice total	0.115	107	0.001	0.934	107	0.000

De forma a ser consistente nos testes utilizados, e ainda que o índice de precisão siga uma distribuição normal, foram utilizados testes não paramétricos de análise inferencial, nomeadamente o teste de Mann-Whitney quando estava em causa a comparação entre dois grupos pré-definidos (pais e mães) e o teste de Kruskal-Wallis quando se pretendia avaliar três grupos ou mais (nível socioeconómico baixo, médio e alto). Em ambos os casos foi considerado um nível de confiança de 95%, associado a um nível de significância de $p < 0.05$, que comporta uma probabilidade de erro inferencial inferior a 5%. Portanto, foi considerando existir uma diferença significativa entre grupos com 95%

de confiança quando o valor de p associado aos testes descritos acima foi inferior a 0.05.

Por se tratar de testes não paramétricos, a localização da diferença entre grupos (determinação de que dois grupos apresentam resultados significativamente diferente, de entre as várias comparações possíveis nos grupos em estudo), foram realizados testes pos-hoc. Tais testes consistiram na aplicação do teste de Mann-Whitney às várias comparações dois a dois possíveis entre os grupos em análise. Os resultados deste teste foram, desta feita, analisados considerando um nível de significância ajustado ao número de grupos em análise. O p ajustado a considerar foi, portanto, definido como o valor obtido ao dividir 0.05 pelo número de grupos em análise (0.017 para o nível socioeconómico, resultado do nível de significância considerado – 0.05 – a dividir pelo número de grupos em análise – 3). Caso o valor de p do teste seja inferior ao valor do p ajustado, consideram-se existir uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em análise numa determinada comparação.

Para avaliar a consistência interna do KIDI, calculámos o coeficiente Alpha de Cronbach. Os valores obtidos comprovam que o inventário apresenta uma boa consistência para o Índice total (0.84), mas também para Índice de confiança (0.76) e para o Índice de precisão (0,87) separadamente. A maioria dos autores considera que valores para Alpha superiores a 0,70 são reveladores de uma boa consistência interna, reportando bons níveis de fidelidade (Field, 2007).

4.8 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Na investigação, principalmente no domínio da saúde, é imprescindível ter em conta a responsabilidade do investigador no respeito da proteção dos direitos da pessoa em todas as fases do processo, assim como todas as questões éticas, legais e deontológicas. Como refere Fortin (2003), antes de se iniciar a recolha de dados, é essencial ter em atenção um conjunto de procedimentos formais e éticos. É necessário pedir autorização formal à Direção da Instituição para a realização do estudo, o consentimento pela comissão de ética e os procedimentos necessários para garantir fidelidade do instrumento de recolha de dados utilizado.

O Inventário de Conhecimento sobre o Desenvolvimento Infantil - *Knowledge of Infant Development Inventory* (KIDI), é neste momento uma versão de investigação traduzida para português pelas investigadoras Nobre Lima e Vale-Dias. O seu processo de

adaptação e validação para Portugal ainda está em curso, tendo sido solicitado a utilização deste inventário às autoras, cujo parecer foi favorável (Anexo I).

Foi solicitada autorização ao Senhor Presidente do Conselho Clínico e da Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Vouga, para podermos aplicar o nosso instrumento de recolha de dados aos pais dos bebés no primeiro ano de vida nas UCCs de Vagos, Ílhavo e Albergaria e Unidade de Saúde Familiar (USFs) dos respetivos Centros de Saúde. (Anexo II).

Foi também solicitado a apreciação à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, que emitiu um parecer favorável (Anexo III).

Comprometemo-nos a assegurar a participação voluntária e informada dos pais, garantindo o anonimato e confidencialidade. Para isso facilitámos aos participantes deste estudo o Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice I).

5 – RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

Com base no percurso metodológico traçado para dar resposta aos objetivos/questões de investigação deste trabalho, os resultados encontrados ao longo do processo são apresentados neste capítulo.

5.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra deste estudo foi constituída por 107 indivíduos, sendo 20 pais (18.7%) e 87 mães (81.3%). Na Tabela 2 estão apresentadas as características sociodemográficas desta amostra, considerando a idade, estado civil, habilitações literárias e nível socioeconómico.

Dado que o grupo etário com idade inferior ou igual a 24 anos era muito reduzido (6 pais), e para ser possível realizar comparações, juntamos todos os sujeitos conforme se apresenta na tabela.

Assim e relativamente à idade, verificamos uma média de idade para o total da amostra de sensivelmente 33 anos. Os grupos etários dos 30 aos 34 anos e maiores de 35 anos incluem cada um 38.3% da amostra, sendo essa distribuição também igual para pais (45%) e mães (36.8%). Apenas 23.4% da amostra era menor que 29 anos, perfazendo 10% dos pais e 26.4% das mães.

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes são casados ou vivem em união de facto (56.1% e 29% respetivamente), sejam eles pais (55% e 35% respetivamente) ou mães (56.3% e 27.6% respetivamente). Apenas um participante, mulher, é divorciada/separada. Em relação ao estado solteiro, caracteriza 14% da amostra total, 10% dos pais e 14.9% das mães.

Assim no que concerne às habilitações literárias, e considerando a amostra completa, verificamos que a maioria dos participantes concluiu o Ensino Secundário (36.4%), enquanto uma minoria concluiu apenas o 2º ciclo (0.9%). Contrastando pais e mães, verificamos que a maioria dos pais concluiu o ensino secundário (65.0%) enquanto apenas 29.9% das mães estão nas mesmas condições. No caso das mães, a maioria

concluiu o 1º ciclo do Ensino Superior (licenciatura – 31.0%), enquanto apenas 15.0% dos pais o fizeram.

No que se refere ao nível socioeconómico verificámos que, em relação ao total da amostra a maioria dos pais provinha de um nível socioeconómico médio (55.1%), enquanto 39.3% provinham de um nível socioeconómico baixo e no nível elevado estavam 5.6%. No caso do grupo das mães verificou-se a mesma tendência, isto é, 57.5% no nível médio, 36.8% no nível baixo e 5,7% no nível elevado. Já em relação aos pais, figura paterna, a tendência foi diferente onde metade destes provinha de um nível baixo (50,0%), enquanto que os restantes se distribuíam pelo nível médio e elevado respetivamente com 45.0% e 5.0%.

Também em relação ao nível socioeconómico, e face aos dados obtidos na nossa amostra, achamos conveniente redimensionar as categorias inicialmente consideradas, agrupando-as da seguinte forma: nível socioeconómico baixo e nível socioeconómico médio/alto.

Este procedimento justificou-se pela pequena dimensão de alguns dos grupos inicialmente considerados, o que comprometeria a análise inferencial dos resultados.

Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra, dos pais, das mães e do total: grupos etários, estado civil, habilitações literárias e nível socioeconómico.

	Pais	Mães	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
	20 (18.7)	87 (81.3)	107 (100)
Grupo etário			
≤ 29 anos	2 (10.0)	23 (26.4)	25 (23.4)
30 a 34 anos	9 (45.0)	32 (36.8)	41 (38.3)
≥ 35 anos	9 (45.0)	32 (36.8)	41 (38.3)
Estado civil			
Solteiro	2 (10.0)	13 (14.9)	15 (14.0)
União de facto	7 (35.0)	24 (27.6)	31 (29.0)
Casado	11 (55.0)	49 (56.3)	60 (56.1)
Divorciado/ separado	0 (0)	1 (1.1)	1 (0.9)
Habilitações literárias			
2º ciclo	0 (0)	1 (1.1)	1 (0.9)
3º ciclo	3 (15.0)	19 (21.8)	22 (20.6)
Ensino Secundário	13 (65.0)	26 (29.9)	39 (36.4)
Ensino Superior – 1º ciclo	3 (15.0)	27 (31.0)	30 (28.0)
Ensino Superior – 2º / 3º ciclo	1 (5.0)	14 (16.1)	15 (14.0)
Nível socioeconómico			
Baixo	10 (50.0)	32 (36.8)	42 (39.3)
Médio	9 (45.0)	50 (57.5)	59 (55.1)
Elevado	1 (5.0)	5 (5.7)	6 (5.6)

Na Tabela 3 são apresentadas informações acerca do número de filhos, planeamento e aceitação da gravidez, frequência de curso de preparação para o nascimento e frequência de curso de recuperação pós-parto.

A maioria dos participantes (60.7%), sejam eles pais (75.0%) ou mães (57.5%), têm apenas um filho. Seguem-se os participantes com dois filhos (36.4%), novamente quer sejam pais (25.0%) quer sejam mães (39.1%). Por fim, nenhum pai tem 3 ou 4 filhos, e apenas 2.3% e 1.1% das mães têm 3 e 4 filhos, respetivamente.

Em relação ao número de filhos esta variável foi redimensionada em dois grupos, pais com 1 filho e pais com dois ou mais filhos, para diferenciar o conhecimento dos pais primíparos daqueles que tem mais do que um filho.

Relativamente à gravidez, ela foi planeada pela maioria da amostra (93.5%), nomeadamente todos os pais (100.0%) e 92.0% das mães.

Em relação à questão de a gravidez ser ou não aceite verificámos que todos os pais e todas as mães inquiridas aceitaram a gravidez.

No que se refere à frequência de um curso de preparação para o nascimento constatámos que esta modalidade foi frequentada pela maioria dos pais (83.2%), destes 85.1% eram mães e 75.0 % eram os seus companheiros (figura paterna).

Já no que diz respeito ao curso de recuperação pós-parto, verificámos que foram frequentados por 75.7% do total dos pais. As mães foram o grupo mais representativo com 79.3%, enquanto 60.0% dos pais (figura paterna) frequentaram este curso.

Tabela 3 – Características relativas ao número de filhos e percurso da gravidez, dos pais, mães e total da amostra: número de filhos, planeamento da gravidez, aceitação da gravidez e frequência dos cursos de preparação para o nascimento e de recuperação pós-parto.

	Pais n (%)	Mães n (%)	Total n (%)
	20 (18.7)	87 (81.3)	107 (100)
Número de filhos			
1	15 (75)	50 (57.5)	65 (60.7)
2	5 (25)	34 (39.1)	39 (36.4)
3	0 (0)	2 (2.3)	2 (1.9)
4	0 (0)	1 (1.1)	1 (0.9)
Planeamento da gravidez			
Sim	20 (100)	80 (92)	100 (93.5)
Não	0 (0)	7 (8)	7 (6.5)
Aceitação da gravidez			
Sim	20 (100)	87 (100)	107 (100)
Não	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Curso de preparação para o nascimento			
Sim	15 (75)	74 (85.1)	89 (83.2)
Não	5 (25)	13 (14.9)	18 (16.8)
Curso de recuperação pós-parto			
Sim	12 (60)	69 (79.3)	81 (75.7)
Não	8 (40)	18 (20.7)	26 (24.3)

As características referentes ao tipo de parto, analgesia em trabalho de parto/parto e necessidade de acompanhamento dos filhos pela equipa de intervenção precoce estão apresentadas na Tabela 4.

De salientar que só as mães responderam às questões sobre o tipo de parto e tipo de analgesia em trabalho de parto/parto.

A maioria da amostra teve uma experiência de parto vaginal (77.7%), ainda assim a taxa de cesarianas (23.0%) é particularmente elevada face aos indicadores internacionais. De referir que 82.8% dos partos ocorreram com recurso a analgesia epidural, percentagem considerada elevada, tendo em conta o desejo de muitas grávidas nos referirem que gostariam de experienciar um parto natural sem recurso a intervenções farmacológicas.

A grande maioria dos filhos dos inquiridos não foram acompanhados pela equipa de intervenção precoce na infância (99.1%): tal representa a experiência da totalidade dos pais e a da maioria das mães (98.9%).

Tabela 4 – Características relativas à gravidez e trabalho de parto da mãe: tipo de parto e tipo de analgesia e necessidade de acompanhamento pela equipa de intervenção precoce dos filhos de ambos os pais.

	Pais	Mães	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
	20 (18.7)	87 (81.3)	107 (100)
Tipo de parto			
Vaginal	n.a.	67 (77.0)	67 (77.0)
Cesariana	n.a.	20 (23.0)	20 (23.0)
Analgesia			
Epidural	n.a.	72 (82.8)	72 (82.8)
Sistémica	n.a.	5 (5.7)	5 (5.7)
Nenhuma	n.a.	10 (11.5)	10 (11.5)
Intervenção precoce ao filho			
Sim	0 (0)	1 (1.1)	1 (0.9)
Não	20 (0)	86 (98.9)	106 (99.1)

n.a. = não se aplica

5.2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para uma melhor compreensão dos resultados encontrados estes serão apresentados em tabelas, e durante a sua análise procuraremos realçar os aspetos mais relevantes.

Na Tabela 5 estão apresentados os valores descritivos da variável dependente (conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil). O valor do total da escala varia entre 0.21 e 0.74, com uma média de 0.58 e um desvio padrão de 0.10. Em relação ao índice de confiança, o valor mínimo foi de 0.31 e o máximo foi de 1.00, com uma média de 0.80 e um desvio padrão de 0.14. Já para o índice de precisão, o valor mínimo foi 0.55 e o valor máximo foi 0.86, com uma média de 0.72 e um desvio padrão de 0.06.

Tabela 5 – Médias, desvios-padrão, valor mínimo e valor máximo do Inventário de Conhecimento sobre o Desenvolvimento Infantil: índice de confiança, índice de precisão e índice total.

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	Média	Desvio padrão	Valor mínimo	Valor máximo
	M	σX	(X_{\min})	(X_{\max})
Índice de confiança	0.80	0.14	0.31	1.00
Índice de precisão	0.72	0.06	0.55	0.86
Índice total	0.58	0.10	0.21	0.74

Em seguida serão apresentados os resultados da estatística inferencial em função das hipóteses formuladas.

H1 – Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere em função do género.

Para testar se existiam diferenças significativas entre pais e mães no nível de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil recorreu-se ao teste de Mann-Whitney.

Os resultados apresentados na Tabela 6 mostram não existirem diferenças estatisticamente significativas entre pais e mães, para o índice total do conhecimento assim como para os índices de confiança e precisão. No entanto convém notar que os resultados descritivos mostram os pais têm uma média mais elevada no índice de precisão ($M = 0.74$) e total ($M = 0.59$).

Assim, os resultados obtidos não corroboram a hipótese da existência de diferenças estatisticamente significativas no conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil em função do género.

Tabela 6 – Resultados do Inventário de Conhecimento sobre o Desenvolvimento Infantil face ao género: médias e valores do teste de Mann-Whitney.

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	Pais		Mães		Z	p
	n	M	n	M		
Índice de confiança	20	0.80	87	0.80	-.300	0.764
Índice de precisão	20	0.74	87	0.72	-1.183	0.237
Índice total	20	0.59	87	0.57	-0.328	0.743

H2 – Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere em função da idade.

Em relação ao grupo etário e face aos dados obtidos na nossa amostra, consideramos conveniente redimensionar as categorias inicialmente propostas, tendo-se agrupado a idade da seguinte forma: inferior ou igual a 29 anos; 30 a 34 anos e superior ou igual a 35 anos.

Este procedimento justificou-se pela pequena dimensão de alguns dos grupos inicialmente considerados, o que comprometeria a análise inferencial dos resultados.

Para testar a segunda hipótese, foram realizados dois procedimentos. Em primeiro lugar, foram testadas as correlações de *Spearman* entre a idade e as medidas do Inventário de Conhecimento dos pais sobre o Desenvolvimento Infantil, de forma a perceber se existe alguma associação significativa entre estas variáveis. Em segundo lugar, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* para investigar se existiam diferenças significativas entre os três grupos etários em estudo.

Os resultados da análise de correlações mostram associações positivas, mas não estatisticamente significativas, entre a idade e o índice de confiança ($r_s = 0.92$, $p = 0.344$) e o índice total ($r_s = 0.149$, $p = 0.126$). A associação entre a idade e o índice de precisão também não foi significativa, mas negativa ($r_s = -0.027$, $p = 0.782$).

Os resultados da comparação de médias na variável dependente entre grupos etários mostram diferenças significativas apenas para o índice total ($p = 0.046$), conforme resultados apresentados na Tabela 7. Para localizar com precisão estas diferenças, foi utilizado um valor de p ajustado de 0.017 (0.05 a dividir pelo número de grupos em análise – 3). As comparações entre grupos dois a dois por recurso ao teste Mann-Whitney, mostram que nenhuma comparação atinge o nível de significância estatística ajustado. Portanto, não existem diferenças significativas entre os grupos, apesar dos resultados descritivos indicarem valores mais elevados quer no índice de confiança quer

no índice total para os participantes com mais de 35 anos e no índice de precisão para os participantes com idades compreendidas entre os 30 e os 34 anos.

Tabela 7 - Resultados do Inventário de Conhecimento sobre o Desenvolvimento Infantil por grupos etários: médias e valores do teste de Kruskal-Wallis.

	≤29 anos		30 a 34 anos		≥ 35 anos		X ²	p
	n	M	n	M	n	M		
Índice de confiança	25	0.81	41	0.73	41	0.83	2.82	0.093
Índice de precisão	25	0.71	41	0.74	41	0.71	0.004	0.95
Índice total	25	0.57	41	0.56	41	0.59	3.99	0.046*

*diferença estatisticamente significativa

H3 – Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere em função do nível socioeconómico.

A terceira hipótese foi testada por recurso ao teste Mann-Whitney, que pretende averiguar se existem diferenças significativas no conhecimento sobre o desenvolvimento infantil dos participantes pertencentes a dois níveis socioeconómicos diferentes. Os resultados do teste mostraram haver diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quer para o índice total ($p = 0.030$) quer para o índice de precisão ($p = 0.009$). Nestes índices observaram-se valores superiores nos pais no nível socioeconómico médio/alto em relação aos pais do nível socioeconómico baixo.

Desta forma podemos concluir que os resultados corroboram a nossa hipótese de investigação.

Tabela 8 – Resultados do Inventário de Conhecimento Sobre o Desenvolvimento Infantil por nível socioeconómico: médias e valores do teste de Mann-Whitney.

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	Baixo		Médio/Alto		Z	p
	n	M	n	M		
Índice de confiança	42	0.79	65	0.80	-,534	0.594
Índice de precisão	42	0.70	65	0.73	-2,616	0.009*
Índice total	42	0.56	65	0.59	-2,171	0.030*

*diferença estatisticamente significativa

H4 – Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere face ao facto de ter um ou mais filhos.

Para analisar esta hipótese e como já mencionado na caracterização da amostra esta variável foi reorganizada em dois grupos: 1) pais com um filho e 2) pais com 2 ou mais filhos. O nível de conhecimento acerca do desenvolvimento infantil destes dois grupos foi, então, comparado por recurso ao teste de Mann-Whitney.

Os resultados, apresentados na Tabela 9, indicam uma diferença estatisticamente significativa apenas para o índice total ($p = 0.040$), sendo os pais com dois ou mais filhos ($M = 0.61$) a demonstrar um maior nível de conhecimento acerca do desenvolvimento infantil, em comparação com os pais de apenas um filho ($M = 0.56$).

Os resultados obtidos, permitem-nos corroborar a hipótese formulada, ou seja, de que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil é diferente face ao facto de ter um ou mais filhos, sendo superior nos que têm dois ou mais filhos.

Tabela 9 – Resultados do Inventário de Conhecimento Sobre o Desenvolvimento Infantil face ao número de filhos: médias e valores do teste de Mann-Whitney.

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	1 filho		2 ou mais filhos		Z	p
	n	M	n	M		
Índice de confiança	65	0.78	42	0.83	-1.678	0.093
Índice de precisão	65	0.72	42	0.72	-0.061	0.952
Índice total	65	0.56	42	0.61	-1.998	0.040*

*diferença estatisticamente significativa

H5 – Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere em função de ter existido ou não planeamento da gravidez.

A quinta hipótese foi testada por recurso ao teste de Mann-Whitney, para comparar as médias do nível de confiança, precisão e conhecimento total sobre o desenvolvimento infantil descrito por pais de acordo com o planeamento ou não da gravidez.

Os resultados, apresentados na Tabela 10, indicam não existirem diferenças estatisticamente significativas entre grupos. Por outras palavras, o nível de conhecimento dos pais acerca do desenvolvimento infantil é semelhante entre pais de gravidezes planeadas e não planeadas.

Desta forma, não podemos corroborar esta hipótese.

Tabela 10 – Resultados do Inventário de Conhecimento Sobre o Desenvolvimento Infantil por gravidez planeada ou não: médias e valores do teste de Mann-Whitney.

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	Planeada		Não planeada		Z	p
	n	M	n	M		
Índice de confiança	100	0.80	7	0.86	-1.357	0.175
Índice de precisão	100	0.73	7	0.67	-1.884	0.060
Índice total	100	0.58	7	0.58	-0.436	0.663

H6 – Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere consoante o tipo de parto.

A sexta hipótese foi mais uma vez investigada por recurso ao teste de Mann-Whitney, que permite comparar as médias de dois grupos (parto vaginal ou por cesariana); neste caso foram analisadas as respostas do sexo feminino.

Os resultados, tal como reportados na Tabela 11, indicam não existirem diferenças significativas em nenhuma das médias relativas ao conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, entre os grupos em análise. Conclui-se, portanto, que o tipo de parto não faz diferir o nível de conhecimento acerca do desenvolvimento infantil. Portanto podemos concluir que os dados não corroboram esta hipótese.

Tabela 11 – Resultados do Inventário de Conhecimento Sobre o Desenvolvimento Infantil por tipo de parto: médias e valores do teste de Mann-Whitney.

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	Vaginal		Cesariana		Z	p
	n	M	n	M		
Índice de confiança	67	0.81	20	0.77	-0.975	0.329
Índice de precisão	67	0.72	20	0.72	-0.091	0.928
Índice total	67	0.58	20	0.56	-0.79	0.454

H7 – Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere consoante a frequência ou não do curso de preparação para o nascimento.

Mais uma vez, por se tratar de dois grupos em comparação (os que frequentaram o curso de preparação para o nascimento e os que não o frequentaram), foi utilizado o teste de Mann-Whitney para responder a esta hipótese.

Os resultados deste teste, apresentados na Tabela 12 indicam não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em análise. No entanto pela observação

das diferenças de médias verificámos que os pais que frequentaram o curso de preparação para o nascimento apresentam índice total de conhecimento acerca do desenvolvimento infantil superior aos que não o frequentaram, respetivamente (0.58 e 0.54). Também em relação aos índices de confiança e de precisão estas diferenças se fizeram notar conforme observamos na tabela.

Tabela 12 – Resultados do Inventário de Conhecimento Sobre o Desenvolvimento Infantil por frequência ou não do curso de preparação para o nascimento: médias e valores do teste de Mann-Whitney.

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	Sim		Não		Z	p
	n	M	n	M		
Índice de confiança	89	0.81	18	0.78	-0.755	0.450
Índice de precisão	89	0.73	18	0.70	-1.599	0.110
Índice total	89	0.58	18	0.54	-1.607	0.108

H8 – Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere consoante a frequência ou não do curso de recuperação pós-parto.

Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para comparar o nível de confiança, precisão e conhecimento total sobre o desenvolvimento infantil entre participantes que frequentaram e não frequentaram o curso de recuperação pós-parto. Os resultados do teste de Mann-Whitney de diferenças entre os grupos, apresentados na Tabela 13 não mostraram resultados estatisticamente significativos, pelo que não corroboram a hipótese em estudo. Embora possamos verificar que existem diferenças nas médias entre os grupos que frequentaram e os que não frequentaram o curso de recuperação pós-parto. Os primeiros revelaram nos índices de confiança, de precisão e total valores superiores em relação aos que não frequentaram.

Tabela 13 – Resultados do Inventário de Conhecimento Sobre o Desenvolvimento Infantil por frequência ou não do curso de recuperação pós-parto: médias e valores do teste de Mann-Whitney.

Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	Sim		Não		Z	p
	n	M	n	M		
Índice de confiança	81	0.81	26	0.77	-1.084	0.278
Índice de precisão	81	0.72	26	0.71	-0.765	0.642
Índice total	81	0.59	26	0.55	-1.78	0.139

6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados de qualquer investigação como refere Gameiro (1995) é mais que um conjunto organizado de dados, têm de ter significado próprio, no sentido de darem respostas às questões de investigação e/ou provarem as supostas relações entre as variáveis consideradas na formulação das hipóteses de investigação.

Neste capítulo iremos proceder à discussão e interpretação dos resultados obtidos, confrontando-os com os resultados de outros estudos realizados por diferentes autores por nós consultados e tendo em consideração o quadro teórico de referência deste estudo. A discussão será organizada de forma sequencial, mediante as hipóteses formuladas e os resultados obtidos na sua análise inferencial.

GÉNERO E CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Participaram nesta investigação 107 pais, dos quais 87 são mães e 20 são pais (figura paterna).

A primeira hipótese deste estudo “Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere em função do género,” revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre pais e mães, para o índice total do conhecimento assim como para os índices de confiança e precisão. Logo admitimos que não existe relação entre o género dos pais e o conhecimento destes acerca do desenvolvimento infantil. Contudo os resultados descritivos mostraram que as mães têm médias mais elevadas no índice de confiança ($M = 0.80$) e os pais têm uma média mais elevada no índice de precisão ($M = 0.74$) e total ($M = 0.59$).

Normalmente a explicação para a existência de diferenças entre os progenitores é fundamentada com o atrás exposto, no enquadramento teórico realizado e com base na ideia de que os pais diferem na quantidade e no tipo de experiências que têm com as crianças. No estudo de Cruz et al. (2014), realizado a 16 mães de crianças entre os 0 e 6 anos em situação de acolhimento institucional, sobre os conhecimentos do desenvolvimento infantil, 90% das mães disseram acreditar que os pais, pela própria condição de género, são naturalmente sem jeito para cuidar de crianças e justificam as suas respostas afirmando que isso é visto por elas desde a infância. Acreditam por essa

razão, que a mãe é em geral totalmente responsável pelos cuidados do bebé e como tal conhecedora mais exímia do seu padrão de desenvolvimento infantil.

Também um estudo desenvolvido por Lima et al. (2012), acerca das crenças parentais sobre o desenvolvimento da criança e sua relação com o cuidar, revelou que nem sempre a influência do gênero dos progenitores, é confirmada pela investigação. No entanto a teoria das diferenças de género é apoiada por outros estudos de Ribas e Bornstein (2005), que encontraram diferenças entre ambos os progenitores, referindo que os resultados obtidos pelas mães são significativamente superiores aos obtidos pelos pais. Estes resultados foram semelhantes aos que encontrámos no nosso estudo para o índice de confiança materno a revelar valores superiores quando comparado com o paterno.

Sabemos que a participação do pai nos cuidados aos filhos, em países industrializados vem crescendo significativamente. Os pais têm assumido um papel cada vez mais importante e dedicado mais horas aos cuidados dos seus filhos (Ribas, et al., 2007). Pensamos que este estudo refletirá uma mudança de paradigma uma vez que ao haver uma maior participação do pai nos cuidados ao filho, despoletará neste a curiosidade de se tornar mais conhecedor sobre os aspetos relacionados com o desenvolvimento do seu filho.

Numa pesquisa sobre “Comportamento parental e o papel do pai no desenvolvimento infantil”, Manfroi et al. (2011) fazem referência a alguns estudos realizados por outros autores sobre esta temática, nomeadamente Pilz e Schermann (2007) que verificaram a existência de uma relação entre o apoio/cuidado paterno e o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. De facto, esta opinião vem potenciar o anteriormente referido sobre a importância que o pai tem do ponto de vista da literacia em desenvolvimento infantil como estratégia promotora do próprio desenvolvimento da criança, neste estudo em concreto do desenvolvimento neuropsicomotor.

IDADE DOS PAIS E CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Para Correia (1998) e Canavarro (2001), a decisão de ter um filho é cada vez mais tardia e planeada, após alguma estabilidade profissional, económica e emocional.

A nossa amostra confirma a tendência das sociedades ocidentais, a média de idade é de 33 anos, com um valor mínimo de 18 anos e máximo de 43 anos. Os grupos etários dos 30 aos 34 anos e maiores de 35 anos incluem 76.6% da amostra.

O nosso estudo da hipótese “Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere em função da idade”, revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto verificamos que os resultados descritivos indicaram valores mais elevados quer no índice de confiança quer no índice total para os participantes com mais de 35 anos e no índice de precisão para os participantes com idades compreendidas entre os 30 e os 34 anos.

A maternidade na adolescência é uma epidemia nos Estados Unidos, ao mesmo tempo que o número de mães adultas a adiar a gravidez está em crescente. Num estudo desenvolvido por Bornstein et al. (2012) sobre “*Parenting knowledge: experiential and sociodemographic factors in european american mothers of young children*” concluíram que a idade, educação das mães e o acesso a livros e outros materiais escritos, estavam relacionados com um conhecimento parental mais alargado. A associação significativa entre a idade materna e o conhecimento parental pode estar relacionada com a experiência de vida ou o facto de as mães mais maduras levarem mais a sério as informações relevantes para a parentalidade do que as mães mais jovens. Referem e com razão, que também é muito provável que as mães adolescentes tenham sido estudantes menos aptas do que as mães mais velhas, sendo menos provável que se interessem por leitura de livros ou outros materiais de apoio. Cruz et al., (2014), ainda acrescentam que muitas das conceções sobre responsabilidade e práticas do cuidar infantil, das jovens mães, sejam aprendidas através dos média (televisão, rádio, cartazes, outdoor, etc.) e principalmente dentro da própria casa. Muitas destas jovens mães são filhas de mães que também elas foram mães jovens. É o que se pode definir como a transmissão geracional das experiências adquiridas com a maternidade e do que parece ser mais adequado ou saudável às crianças nos primeiros anos de vida. Realçaram do seu estudo, que nem sempre a ideia que temos de que quanto mais idade tiver a mãe, mais noções dos cuidados ao bebé e do seu desenvolvimento ela tende a ter é correta, já que as mães que mais erraram no inventário de conhecimentos aplicado (KIDI-P), foram as mães mais velhas. Salientamos que este estudo foi efetuado com mães de crianças em acolhimento institucional em São Paulo, Brasil. Apesar de os contextos sociais destes estudos serem diferentes da atual investigação, os fatores presentes como indicadores de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil acabam por ser transversais.

Também Ribas et al., (2012) num estudo, em que usou o KIDI-P, concluiu que o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, não apresenta correlação significativa com a idade das mães. Este estudo envolveu 66 mães com idade superior a 18 anos, que residiam na zona metropolitana do Rio de Janeiro.

Já os resultados de Lima et al., (2012), utilizando o mesmo inventário (KIDI-P), numa amostra de 252 pais, com idades compreendidas entre os 22 e os 51 anos (média de 37,42), revelaram diferenças significativas entre pais com 27 a 31 anos comparativamente com os pais entre os 32 e os 36 anos, sendo estes últimos os que apresentam, em média, níveis de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil mais elevados. Os resultados do nosso estudo vão de encontro destes resultados, ao evidenciarem que os participantes com mais de 35 anos apresentaram índices totais de conhecimento mais elevados do que os mais novos. Estas diferenças poderão estar associadas a outras características dos pais da amostra, como o número de filhos, as fontes a que recorrem quando procuram informação sobre a educação e desenvolvimento infantil, assim como com a sua experiência no cuidar de crianças.

NÍVEL SOCIOECONÓMICO DOS PAIS E CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Na nossa amostra, a maioria dos pais provinha de um nível socioeconómico médio/elevado (60.7%), enquanto (39.3%) provinham de um nível socioeconómico baixo. Esta constatação não constitui surpresa se tivermos em conta que o mesmo se verificou em relação à variável das habilitações literárias (36.4% dos sujeitos concluiu o ensino secundário, e 28.0% concluiu o 1º ciclo do ensino superior/licenciatura) facto que justifica a existência de uma relação direta entre habilitações literárias e nível socioeconómico.

No estudo da hipótese “Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere em função do nível socioeconómico” verificámos haver diferença entre os dois grupos, isto é, entre os pais de nível socioeconómico baixo e pais de nível socioeconómico médio/elevado. Os resultados mostraram existir diferenças estatisticamente significativa para o índice total ($p = 0.030$) e para o índice de precisão ($p = 0.009$). Nestes índices observaram-se valores superiores nos pais no nível socioeconómico médio/alto em relação aos pais do nível socioeconómico baixo.

A influencia do nível socioeconómico na parentalidade é defendido por Bornstein et al. (2012), salientando que este é preditivo do ambiente doméstico e de outras práticas dos pais, como a probabilidade de estes lerem sobre temas relacionado com a educação e desenvolvimento das crianças, e proporcionarem alimentos saudáveis aos filhos.

Os pais com nível socioeconómico mais altos também se adaptam mais facilmente às mudanças na teoria do desenvolvimento do que os pais de nível socioeconómico mais baixo. Benasich e Brooks-Gunn, (1996); Conrad et al., (1992), Stevens, (1994), referidos

pelos mesmos autores, também concluíram que o nível socioeconómico modera o comportamento dos pais relativamente à educação e ao desenvolvimento das crianças. Em suma, pais com nível socioeconómico mais elevado e com mais formação podem possuir maior nível de conhecimentos sobre educação e desenvolvimento infantil, do que os pais com nível socioeconómico mais baixo.

Um estudo envolvendo mães de diversas capitais brasileiras revelou uma correlação direta entre a escolaridade, nível socioeconómico e o conhecimento das mães sobre o desenvolvimento infantil. Outros estudos têm ainda sugerido, por exemplo, que famílias com diferentes níveis socioeconómicos podem ter diferentes sistemas de crenças e valores parentais (Cruz et al., 2014). Estes autores referem-se ainda a um estudo realizado por Silva et al., (2005), a 66 mães primíparas sobre cognições maternas acerca da maternidade e do desenvolvimento infantil. Para avaliar o conhecimento destas mães acerca do desenvolvimento infantil foi utilizado o KIDI. Os resultados sugerem que as mães apresentam um nível razoável de conhecimentos do desenvolvimento infantil e identificaram que quanto maior a escolaridade e o nível socioeconómico, maior é o conhecimento que detém do desenvolvimento infantil.

Os resultados do nosso estudo são consistentes com os encontrados por Lima et al. (2012). Nas respostas dos pais em função do nível socioeconómico, os autores, verificaram a existência de diferenças estatisticamente significativas para o índice de precisão. Efetuaram comparações múltiplas à posteriori, com base no teste de Scheffé, que revelaram que para o índice de precisão, os níveis socioeconómicos médio e elevado têm um nível de precisão sobre o próprio conhecimento acerca do desenvolvimento da criança significativamente mais elevado dos que os pais de um nível baixo.

Concordante com estes resultados estão os trabalhos efetuados por McGillicuddy-DeLisi (1982), Samerof e Feil (1985) e Ninio (1979) como referidos por Lima et. al. (2012). Estes indicam que os pais de níveis socioeconómicos mais elevados apresentam um conhecimento considerado mais adaptativo no campo do desenvolvimento infantil. Consequentemente, a precisão no próprio conhecimento é mais elevada, comparativamente com pais de nível socioeconómico baixo. Daí que uma maior escolarização, muitas vezes conducente a um nível socioeconómico elevado, poderá contribuir para uma procura mais ativa da informação sobre o desenvolvimento infantil. O mesmo texto faz referência a um trabalho de revisão da literatura desenvolvido por MacPhee, (2002); Ninio, (1979); Palacios, Gonzáles & Moreno, (1992) onde concluíram que o recurso a livros e artigos de revista sobre o desenvolvimento da

criança, ou a procura de fontes mais credenciadas (pediatras, psicólogos) no aconselhamento sobre questões referentes à criança ou à parentalidade, como estratégias valorizadas, sobretudo, por pais de nível socioeconómico elevado.

NÚMERO DE FILHOS E CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Estudos que investigaram a questão do número de filhos, comparam pais com um filho com pais de vários filhos, mostraram que nem a paridade, nem a ordem de nascimento está associada a um maior conhecimento parental sobre o desenvolvimento infantil. Embora os primogénitos sejam criados por pais, presumivelmente, menos experientes por isso, menos à vontade no seu novo papel e os filhos mais novos sejam criados por pais que são mais experientes e, presumivelmente, mais competentes (Kreppner, 1992, como referido por Bornstein et al. 2012). Estes autores referem-se ainda a Kammeyer (1967), salientando que os pais com um filho tendem a subestimar a idade em que as crianças começam a construir frases completas ou a dormir a noite toda; e que os pais com dois filhos demonstram ter expectativas de realização mais elevadas para seus primogénitos em comparação com os seus filhos mais novos.

No presente estudo verificámos que a maioria dos pais, 60.7%, têm apenas um filho, 36.4% tem 2 filhos e 2.8% tem 3 e 4 filhos.

A hipótese “Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere face ao facto de ter um ou mais filhos” os resultados indicam uma diferença estatisticamente significativa apenas para o índice total ($p = 0.040$), sendo os pais com mais filhos (dois ou mais; $M = 0.61$) a demonstrar um maior nível de conhecimento acerca do desenvolvimento infantil, em comparação com os pais de apenas um filho ($M = 0.56$).

Os mesmos resultados foram encontrados por Lima et al. (2012), num estudo onde observaram existir diferenças significativas para o índice total e para o índice de confiança. Os pais com dois ou mais filhos revelaram valores quer para índice de confiança quer para o índice total mais elevados do que os pais com menos filhos.

Parece lógico supor que a mãe que tem mais filhos, possivelmente acumula um tempo mais largo e significativo de experiências com a rotina de cuidados primários, e que isso pode levar a uma gama de conhecimentos diversos em torno de questões da saúde e bem-estar infantil. A experiência da maternidade e o convívio com um número maior de filhos podem funcionar como fatores que influenciam positivamente na sua preparação

para lidar com questões relativas ao desenvolvimento infantil (Cavalcante & Corrêa, 2012, como referido por Cruz et al., 2014). Neste estudo onde foi utilizado o KIDI, as mães participantes tinham todas mais de três filhos. Os resultados espelharam que um maior número de filhos parece não implicar um maior ou menor conhecimento sobre o desenvolvimento infantil. Metade das mães que obtiveram maior percentagem de erros tinha um número elevado de filhos, ou seja, contrariamente às expectativas, tais mães demonstraram ter menos conhecimentos acerca de questões relacionadas com o desenvolvimento infantil. De facto por vezes na nossa prática clínica como Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica também nos deparamos com pais que por terem mais filhos ainda se encontram muito “presos” ao cuidar do seu primeiro filho, não se atualizando com as novas evidências sobre o desenvolvimento infantil.

Neste âmbito, embora seja considerado em alguma literatura que pais com uma maior experiência no cuidar de crianças apresentam níveis superiores de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, em contrapartida existem outros estudos onde o recurso a fontes credenciadas e a especialistas na área do desenvolvimento, pelos pais com menos experiência, pais de primeira vez, mostra níveis de conhecimento sobre desenvolvimento infantil superiores (MacPhee, 2002, como referido por Lima et.al., 2012). Este facto poderá então levar à compensação da falta de experiência.

PLANEAMENTO DA GRAVIDEZ PELOS PAIS E CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A maternidade após os 30 anos de idade passou a ser algo comum no atual cenário social, pois frequentemente é uma opção de casais que já construíram a sua vida profissional e se sentem maduros o suficiente e preparados emocionalmente para assumir a responsabilidade da parentalidade (Carvalho, 2009).

No nosso estudo da hipótese “Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere em função de ter existido ou não planeamento da gravidez” os resultados indicam não existirem diferenças estatisticamente significativas entre grupos, concluindo-se que estes não corroboram a hipótese, ou seja o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil não varia em função de ter existido planeamento ou não da gravidez.

O facto dos resultados obtidos para o conhecimento dos pais acerca do desenvolvimento infantil e o planeamento da gravidez não se revelarem significativos para ambos os pais pode dever-se, na nossa opinião, às características da amostra.

Nesta predominam maioritariamente pais com idade igual ou superior a trinta anos (76.6% do total), numa fase em que o surgimento de uma gravidez é, por norma muito planeado, potenciando uma melhor adaptação à parentalidade e consequentemente melhor desempenho com o seu bebé.

"Hoje ter um filho é um projeto muito consciente." (p.73). O avanço nas técnicas de contraceção oferece aos pais a possibilidade de conscientemente "produzirem" um filho no espaço e tempo escolhido. Isto também pode explicar a forte motivação para assumir o papel parental de uma forma mais perfeita, bem como uma maior focalização na criança enquanto centro da família. Os pais estão mais sensíveis sociais e emocionalmente às reações dos seus filhos e mais atentos aos seus desejos e sentimentos, a promoção da autoestima e do sentimento de satisfação pessoal nas crianças tornou-se um objetivo educativo prioritário (Fischel, 1998).

De facto, quando falamos dos casais que planearam a gravidez é provável que estes se sintam melhor preparados do ponto de vista emocional e no que concerne às alterações necessárias no seu estilo de vida, para a tarefa da parentalidade.

Também Cruz e Ducharme (2006) reforçam que há diferenças marcantes nas gerações atuais que se prende com o facto de os pais estarem mais conscientes do seu papel parental do que os pais da geração anterior.

O facto de os pais disporem da possibilidade de decidir quando e como vão ter os seus filhos parece contribuir para que a educação das crianças não seja encarada como algo de natural e intrínseco a vida familiar e, pelo contrário, tenha de ser muito bem pensada e planeada. Aquilo que, sobretudo nas mães, era considerado instintivo, passa a ser alvo de uma aprendizagem e de um treino de competências (Cruz & Ducharme, 2006)

Num estudo desenvolvido por Tinkew, Scott, Horowitz e Lilja (2009), constatou-se que o facto de a gravidez não ter sido planeada pelo casal, pode resultar em dificuldades no processo de transição para a parentalidade, mais concretamente ser um motivo potenciador de stresse, podendo também influenciar a qualidade de interação pais-bebé e consequentemente o seu desenvolvimento (como referido por Carvalho, 2009).

Outra pesquisa efetuada na Bolívia por MacLean (2005), referenciada pelo mesmo autor, sobre a problemática do planeamento da gravidez em pais de crianças entre os 12 e os 30 meses de idade, evidenciou que as crianças cujos pais afirmaram ser a gravidez não planeada apresentaram maior risco de diminuição do crescimento estatoponderal comparativamente com aquelas cujos pais planearam a gravidez.

TIPO DE PARTO DA MÃE E CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A maioria das grávidas tem algum receio acerca do trabalho de parto, sobretudo quando o vão vivenciar pela primeira vez. No entanto, o trabalho de parto é atualmente muito menos doloroso do que no passado, porque existem técnicas muito eficazes para aliviar as dores. Um ambiente calmo da sala de partos e a presença constante de um acompanhante contribui muito para uma experiência mais tranquila e psicologicamente mais realizadora.

A maioria das participantes na nossa amostra teve uma experiência de parto vaginal (78.5%), sendo a taxa de cesarianas de 21,5%.

No nosso estudo da hipótese “Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere consoante o tipo de parto” indicou não existirem diferenças significativas em nenhuma dos índices relativos ao conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil, entre os grupos em análise.

A influência do tipo de parto na adaptação materna à parentalidade investigada por diversos autores concluíram que as mães cujo parto decorreu por via vaginal, apresentaram maior satisfação e melhor relação com o bebé, comparativamente com as mães que foram sujeitas a parto por cesariana. A cesariana parece ter um impacto negativo na forma como as mães percebem o parto e vivenciam a parentalidade, o que pode influenciar a relação que estabelecem com o bebé (Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002).

A grande maioria das grávidas não necessita de ter uma cesariana e uma baixa taxa de cesarianas é internacionalmente considerado como um indicador de boa qualidade dos cuidados de saúde.

Grande parte das cesarianas são realizadas quando o trabalho de parto não está a progredir normalmente ou quando existem sinais de que o bebé está a ser mal oxigenado. Por vezes desenvolvem-se complicações durante o trabalho de parto que levam a que seja necessário efetuar rapidamente uma cesariana. Ainda em casos de doenças previamente existentes ou de complicações próprias da gravidez, torna-se necessário programar uma cesariana antes do início do parto.

FREQUÊNCIA DO CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO E CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Os Cursos de Preparação para o Nascimento têm como objetivos desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

No que se refere à frequência dos cursos de preparação para o nascimento, na nossa amostra verificámos que foram frequentados pela maioria dos pais (75%) e das mães (85.1%). Só uma minoria não frequentou estes cursos, 25% dos pais e 14.9% das mães.

No nosso estudo da hipótese “Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere consoante a frequência ou não do curso de preparação para o nascimento” constatamos que os resultados deste teste não mostraram existir diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, não corroborando a nossa hipótese de investigação. No entanto verificamos existir diferenças nas médias dos grupos, os pais que frequentaram o curso de preparação para o nascimento apresentam índice total de conhecimento acerca do desenvolvimento infantil superior aos que não o frequentaram, respetivamente (0.58 e 0.54). Também em relação aos índices de confiança e de precisão estas diferenças se fizeram notar da mesma forma.

A preparação para o parto/parentalidade contribui para um aumento da confiança e capacidade para gerir os medos relacionados com o parto e com as tarefas da parentalidade (Hallgren et al., 1995, como referido por Costa, 2004).

No quadro conceptual, por nós realizado, foi descrita a necessidade que os pais atualmente sentem na procura de informação em relação às questões que se prendem com o nascimento dos filhos. Assim, Carvalho (2009) refere-nos que os processos de transição e adaptação estão a despertar o interesse e a necessidade de investimento por parte da enfermagem. Entre elas destacamos a preparação para o parto/parentalidade.

No estudo de Ribas et al., (2007), das 66 mães que participaram neste estudo, apenas 6 referiram ter participado em algum tipo de curso destinado a grávidas ou a pais. Dessas seis, quatro informaram que a participação no curso não ajudou, ou ajudou de forma limitada no desempenho do papel maternal. Apenas duas referiram que a participação no curso ajudou significativamente a desempenhar esse papel. Este artigo também não nos concede informação precisa sobre o tipo de curso, nomeadamente sobre os conteúdos abordados neste.

Quando os pais são confrontados com necessidade de informação específica, procuram-na nas redes sociais pessoais e em fontes adicionais, como material escrito, programas de educação, ou aos profissionais de saúde (Bornstein et al., 2012). Também Clarke-Stewart (1998) como referido por estes autores, realçam que os livros e revistas são fontes populares de informação sobre o desenvolvimento geral da criança, mas os seus utilizadores mais frequentes são pais pela primeira vez e de classe média. As mães com grau académico superior normalmente expressam uma preferência por materiais de educação. As newsletters têm-se revelado eficazes na melhoria do conhecimento parental entre as mães mais jovens, menos experientes, que têm menos formação, e são socialmente mais isoladas. Os amigos e vizinhos são outra fonte comum de informação citadas pelos pais. Numa avaliação comparativa, as mães referiram em média quatro fontes de informação muito úteis, sendo as avós a fonte informal mais utilizada e as newsletters a fonte profissional mais utilizada. Concluem que os programas de educação formal são outro recurso para os pais melhorarem os seus conhecimentos parentais, mas são fontes de informação menos acessíveis no imediato, sendo os profissionais de saúde mais procurados em situações problemáticas de saúde. Em relação a frequência das aulas para pais sobre parentalidade, concluíram que estas não estavam relacionada com um melhor conhecimento sobre parentalidade no estudo que realizaram. Salientam que a informação sobre parentalidade é tipicamente menos disponível para mães com menos formação académica do que para as que têm mais formação.

Obviamente que estamos a falar de realidades diferentes. A nossa realidade permite o acesso livre de todas as mães aos cursos de preparação para o nascimento, embora sejam as mães com mais formação académica que procuram os nossos cursos de preparação para o nascimento na UCC de Vagos.

A nossa experiência permite-nos concordar com o autor anterior pois deparamo-nos com cursos de preparação para o nascimento e de recuperação pós-parto muito normativos e pouco ajustados às verdadeiras necessidades de determinados grupos de pais. Pensamos que o prioritário nesta questão é averiguar quais são as necessidades dos pais onde pretendemos intervir antes de conceber a intervenção.

Estamos de acordo com Henriques, Santos, Caceiro e Ramalho (2015), quando fazem alusão à necessidade de análise, reflexão e reestruturação dos cursos de forma a empoderar a mulher/casal para o trabalho de parto, mas também trabalharem a transição para a parentalidade, promovendo uma transição saudável.

Apesar dos nossos resultados não espelharem diferenças estatisticamente significativas para o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil, outros estudos observaram existir essas diferenças, quando o objeto de estudo era o stresse parental. É o caso da investigação desenvolvida por Carvalho (2009) que verificou existir diferenças no stresse parental entre os pais que frequentaram e os que não frequentaram um curso de preparação para o nascimento. A autora refere que o stress parental descrito pelos pais que frequentaram o curso de preparação para o parto é significativamente menor do que para aqueles que não frequentaram o mesmo curso.

FREQUÊNCIA DO CURSO DE RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO E CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Os cursos de recuperação pós-parto têm como objetivos, promover a saúde das mães atendendo às mudanças físicas, emocionais e psicológicas que acontecem no puerpério e facilitar o desenvolvimento das competências necessárias para o cuidado ao recém-nascido. Pretendem ainda promover a prática de exercícios físicos adequados ao período do puerpério que ajudem na tonificação muscular (abdominal e perineal), a adequada recuperação da forma física e de uma postura corporal correta da mulher e partilhar experiências entre os membros do grupo (educação pelos pares)” (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

No que se refere à frequência dos cursos de recuperação pós-parto, verificámos que foram frequentados pela maioria dos pais (60.0%) e das mães (79.3%,).

No nosso estudo da hipótese “Será que o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil difere consoante a frequência ou não do curso de recuperação pós-parto”, não espelhou diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, que não nos permitiram corroborar a nossa hipótese. Apesar desse resultado podemos verificar que existem diferenças nas médias entre os grupos que frequentaram e os que não frequentaram o curso de recuperação pós-parto. Assim, os que frequentaram revelaram no índice de confiança, índice de precisão e índice total, valores superiores em relação aos que não frequentaram.

Na pesquisa por nós efetuada, não foram encontrados estudos que pudessemos comparar com os nossos resultados, o que se deve no nosso entender a existirem ainda poucos cursos de recuperação pós-parto e conseqüentemente pouca investigação a este nível, particularmente desenvolvidos à luz da disciplina de enfermagem.

De seguida fazemos descrição de alguns estudos onde foram analisadas outras dimensões no pós-parto.

Assim num estudo desenvolvido por Bornstein et al., (2012), foi solicitado às mães que avaliassem as medidas de apoio que receberam em relação à parentalidade, aos 5 meses de idade do bebé. Nas respostas que tinham de escolher, apresentava-se 9 recursos diferentes, sendo eles, o pai da criança, livros ou outros materiais escritos, a avó materna, a avó paterna, outros parentes, o pediatra, amigos ou vizinhos, outras pessoas relevantes ou um grupo organizado. Os resultados revelaram que das 267 mães que responderam à pergunta, 76 referiram ter frequentado uma aula sobre parentalidade.

Outro estudo de Poteriko e Yamazaki (2010), com uma amostra de 50 mães primíparas, com filhos dos três a doze meses, responderam a um questionário sobre o desenvolvimento motor do bebé. Neste estudo as mães foram questionadas se receberam informação sobre a idade que o bebé atingiria o controle da cabeça, sentar, gatinhar e andar. A esta questão apenas 12 mães responderam que foram informadas, 6 receberam orientação do pediatra, 2 receberam de familiares e 4 pela pastoral (organismo de ação social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, que tem como objetivo a promoção do desenvolvimento integral de crianças entre 0 e 6 anos, no seu ambiente familiar e na comunidade). As quatro mães que receberam as orientações da pastoral fizeram-no na gravidez, as outras não referiram o período da informação.

Também Hekavei e Oliveira (2009), referem que outros estudos realizados destacam que a criação de recursos informativos, com profissionais de saúde, poderia aumentar o conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil e ser ajustado no momento em que se julgar mais pertinente a cada família. Salientam que os cuidados de saúde primários devem ter como preocupação o acompanhamento do desenvolvimento geral da criança, e que na vigilância da gravidez e no pós-parto se deva enfatizar a importância do desenvolvimento motor normal e a interação saudável da criança junto da família.

Estes estudos rementem-nos para a importância de existirem os cursos de recuperação pós-parto, mas devidamente dimensionados aos grupos alvo. Isto significa que devem

partir das potencialidades dos pais, considerando os seus pontos fortes e as suas diferenças, exigindo proximidade e acessibilidade do enfermeiro e conhecimentos profundos e especializados sobre a saúde e desenvolvimento infantil e sobre metodologias que permitam um relacionamento positivo e interativo com os pais.

CONCLUSÃO

Após a interpretação e discussão dos resultados de investigação descritos no ponto anterior, serão agora explanadas as principais conclusões que é possível extrair da análise descritiva dos dados e resultados da análise estatística.

De acordo com a literatura, um maior conhecimento das crenças parentais acerca do desenvolvimento infantil constitui um importante meio para aprofundar a compreensão do comportamento parental, bem como do desenvolvimento da criança, dada a relação entre estes fatores.

Sabemos hoje que pais e mães se encontram no que diz respeito às suas competências parentais, extremamente inseguros em relação à forma como podem ajudar os seus filhos ao longo do seu processo de desenvolvimento. Grande parte deles não teve qualquer formação sobre como ajudar os seus filhos neste processo, para que estes tenham um percurso harmonioso que lhes permita atingir as diferentes metas ganhando progressivamente autonomia. Muitas vezes os pais agirão com confiança, mas de forma contrária àquela que a criança precisa nesse momento (Bilbao, 2016).

A transição para a parentalidade, é por excelência, sensível aos cuidados de enfermagem e à promoção da saúde, destinadas a melhorar ou modificar o desempenho do papel parental, através da formação, apoio ou educação, o seu principal objetivo é influenciar o bem-estar das crianças. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pressupõe uma filosofia de cuidados centrados na família/criança, sendo os pais reconhecidos como os seus principais prestadores de cuidados. Empoderar os pais, no âmbito das suas competências parentais, constituem um campo de intervenção amplo e privilegiado do enfermeiro especialista.

Habitualmente, quer o homem quer a mulher trazem das suas famílias de origem um modelo de educação que envolve hábitos, comportamentos, atitudes, cultura, etc. Este modelo que cada um traz consigo constitui a sua experiência de vida. Quando ambos os elementos do casal conseguem perceber e aproveitar o que há de melhor em cada uma das suas experiências, para formarem uma terceira, passam a não ter mais necessidade de disputar sobre qual é aquela que educa melhor, se a do homem ou a da mulher. Deste modo, os dois estarão a construir um novo modelo para a sua família, que resulta dos contributos de cada um individualmente e que lhes permite dar o melhor

e mais consistente modelo educacional ao seu filho: uma referência única para que ele se sinta seguro e siga o caminho do seu desenvolvimento de maneira saudável (Carvalho, 2009).

Um dos principais objetivos desta investigação era determinar o conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, bem como conhecer a influência das variáveis sociodemográficas, obstétricas, frequência no curso de preparação para o nascimento e frequência no curso de recuperação pós-parto nesse conhecimento.

Neste âmbito, e tendo em conta a amostra por nós considerada, os resultados revelam que os conhecimentos dos pais sobre desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida variam em função do nível socioeconómico e do número de filhos.

No que se refere à influência do género o nosso estudo revelou não existir relação entre este e o conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil, no entanto os resultados mostraram que os pais têm uma média mais elevada no índice de precisão e total.

Quando analisamos o conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil em função da idade, os resultados revelam não existir diferenças estatisticamente significativas entre os grupos formulados. No entanto os resultados descritivos indicaram valores mais elevados no índice de confiança e no índice total para os pais com mais de 35 anos e valores mais elevados no índice de precisão para os pais com idades compreendidas entre os 30 e os 34 anos. Estas diferenças poderão estar associadas a outras características dos pais da amostra, como a experiência que possuem no cuidar de crianças, o número de filhos, as fontes a que recorrem quando procuram informação sobre a educação e desenvolvimento da criança.

Concordante com os vários autores consultados, nomeadamente Bornstein et al (2012), o nível socioeconómico modera o comportamento dos pais relativamente à educação e desenvolvimento dos filhos. Pais com nível socioeconómico mais elevado e com mais formação podem possuir mais conhecimentos sobre educação e desenvolvimento infantil e os pais com nível socioeconómico mais baixo estão associados a níveis mais baixos destes conhecimentos. Pais de níveis socioeconómicos mais elevados têm também um conhecimento mais adaptativo no campo do desenvolvimento infantil e conseqüentemente, a precisão no próprio conhecimento é mais elevada quando comparada com pais de nível socioeconómico baixo. Os resultados do nosso estudo mostraram existir diferenças estatisticamente significativa para o índice total e para o índice de precisão. Nestes índices observaram-se valores superiores nos pais do nível socioeconómico médio/alto em relação aos pais do nível socioeconómico baixo.

Quando tentamos perceber a variabilidade do conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil em função do número de filhos, verificamos que os pais com dois ou mais filhos apresentam maior conhecimento do que com os pais com um filho.

A gravidez planeada ou não pelos pais e o tipo de parto não fazem diferir o conhecimento dos pais acerca do desenvolvimento infantil. Relativamente à gravidez planeada, e tendo em conta as características da nossa amostra, em que maioritariamente os pais têm idade igual ou superior a trinta anos, o surgimento de uma gravidez é por norma planeada pelo casal, potenciando uma melhor adaptação à parentalidade e conseqüentemente melhor desempenho com o seu bebé e com os conhecimentos acerca do seu desenvolvimento.

A frequência ou não de um curso de preparação para o nascimento, não faz diferir o conhecimento dos pais acerca do desenvolvimento infantil de forma estatisticamente significativa. No entanto verificámos que os pais que frequentaram o curso de preparação para o nascimento apresentam índice total, índice de precisão e índice de confiança sobre conhecimento infantil superior aos que não o frequentaram.

A mesma conclusão obtivemos com a variável frequência ou não de um curso de recuperação pós-parto, ou seja, pais que frequentaram o curso de recuperação pós-parto apresentam índice total, índice de precisão e índice de confiança acerca do conhecimento infantil superior aos que não o frequentaram, sem diferença estatisticamente significativa.

Do exposto, ao longo do último capítulo, podemos concluir que a influência de algumas variáveis seleccionadas para esta investigação no conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, se mostrou significativa do ponto de vista estatístico enquanto outras não, muito provavelmente por motivos que se prendem com algumas limitações do estudo.

Como limitações deste estudo, podemos referir a dificuldade na recolha bibliográfica, uma vez que existe pouca investigação nesta área sobretudo na população portuguesa. Por não existirem resultados de estudos desenvolvidos na nossa população com este inventário KIDI (este instrumento está em fase de adaptação à população Portuguesa), não foi possível comparar algumas variáveis do nosso estudo com outros, nomeadamente a influência da frequência de um curso de preparação para o nascimento e de recuperação pós-parto no conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil. O facto do recrutamento dos participantes ter sido efetuado maioritariamente em unidades de saúde onde se realizam cursos de preparação para o

nascimento e recuperação pós-parto, pode justificar/comprometer os resultados obtidos, uma vez que estes pais terão à partida uma motivação acrescida para a aprendizagem e para desenvolverem melhor as suas responsabilidades parentais e por conseguinte um maior conhecimento sobre o desenvolvimento infantil.

A prática baseada na evidência apresenta inúmeros desafios para os enfermeiros, que são responsáveis pelo desenvolvimento de intervenções e de ampliar a base de conhecimento associada. Como sugestões para a prática, decorrentes do estudo desenvolvido propomos:

- O desenvolvimento de um programa de educação dirigido aos pais e familiares participantes na vida da criança com enfoque nas competências para a educação da mesma, tendo em conta todos os aspetos relacionados com a parentalidade positiva com vista a um melhor desenvolvimento infantil. Na medida que só informadas as pessoas passam a compreender, associar e identificar fatores de risco, relacionando-os com as ações das suas práticas diárias potenciando assim o saudável desenvolvimento infantil;
- Reestruturação do curso de recuperação pós-parto, dando mais ênfase às questões do desenvolvimento normativo da criança e competências da mesma, sendo fundamental que os profissionais de saúde estabeleçam vínculos de confiança principalmente com as mães primíparas e de nível socioeconómico mais baixo, para que estes sejam procurados como fonte de suporte e segurança nos momentos mais frágeis.

Dada a importância dos primeiros anos de vida da criança e do número limitado de estudos sobre a temática “conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil”, estes resultados tornam-se de grande relevância para a investigação, o que também implica que outros sejam feitos neste âmbito. Em futuras investigações, sugerimos que na amostra sejam incluídos mais pais (figura paterna) e cuidadores significativos da criança como participantes.

Para próximos estudos, sugerimos que se tente identificar quais são os aspetos culturais que interferem na conceção dos conhecimentos dos pais sobre o desenvolvimento dos seus filhos.

No momento de concluir este relatório desta investigação, colocam-se algumas considerações relativas ao percurso realizado. Percebemos, agora que está terminado, como foi difícil e ambivalente todo o processo, mas cuja avaliação final é muito positiva. Foi um trabalho exaustivo e mobilizador de leituras, de amadurecimento de ideias, conceitos e relações, que contribuíram significativamente para o nosso crescimento

enquanto profissional de Enfermagem na área de Saúde Materna e Obstétrica. Novos desafios se levantam de forma a podermos contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados ao nível da saúde e desenvolvimento infantil durante o processo de transição para a parentalidade.

Estamos convictas que muito ainda está para fazer neste domínio e que este trabalho foi no nosso entender uma "gota no oceano" dum universo que precisa de muitos mais estudos que nos ajudem a melhorar as nossas praticas fundamentando-as na evidencia científica e proporcionando aos usufruidores dos nossos cuidados ganhos em saúde importantes quer para si quer para as suas famílias.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto.
- Almeida, A., Vilar, D., André, I. & Laland, P. (2004). *Fecundação e contraceção: Percursos da vida reprodutiva das mulheres portuguesas*. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais. Instituto das Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Amâncio, L. (2007). Género e divisão do trabalho doméstico: o caso português em perspectiva. In K. Wall, & L. Amâncio (Eds.), *Família e género em Portugal e na Europa* (pp. 181-209). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- American Academy of Pediatrics (2005). *Your Baby's First year*. (2.nd ed.). New York: American Academy of Pediatrics.
- American Academy of Pediatrics (2009). The role of preschool home-visiting programs in improving children' s developmental and health outcomes. *Pediatrics*, 123(2), 598-603. doi: 10.1542/peds.2008-3607
- Andrade, S, A., Santos, D.N., Bastos, A. C., Pedromônico, M. R., Almeida-Filho, N., & Barreto, M. L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista Saúde Pública*, 39(4), 606-611.
- Balancho, L. S. (2003). *Ser pai, Hoje*. Lisboa: Editorial Presença.
- Balancho, L. S. (2004). Ser pai: transformações intergeracionais na paternidade. *Análise Psicológica*, 2, 377-386.
- Barros, L. (2015). Intervenção com pais: Processo e fases de mudança. In A. I. Pereira, A. R. Goes, & L. Barros (Coord.). *Promoção da parentalidade positiva* (pp. 1-48). Lisboa, Portugal: Coisas de ler.
- Behrman, R. E. (2008). The future of pediatric education. *Ambulatory Pediatrics*, 8(1). doi:10.1016/j.ambp.2007.09.002
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2003). SGS II- Escala de Avaliação das competências no Desenvolvimento Infantil II, dos 0 aos 5 anos, (Edição Portuguesa, CEGOC-TEA ed.). Lisboa: Cegoc.
- Bilbao, A. (2016). *O cérebro da criança explicado aos pais*. Lisboa: Planeta Manuscrito.

- Bornstein, M. H., Cote, L. R., Haynes, O. M., Hahn, C., & Park, Y. (2012). Parenting knowledge: experiential and sociodemographic factors in european american mothers of young children. *Developmental Psychology*, 46(6), 1677–1693 doi:10.1037/a0020677
- Bowlby, J. (1995). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B. (1992). *O que todo o bebé sabe*. São Paulo: Martins Faias.
- Brazelton, T.B. (2013). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (13ª ed.). Barcarena: Editorial Presença.
- Brazelton, T.B., & Greenspan, S. I. (2006). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*: Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B, & Sparrow, J. D. (2006). *A criança e a disciplina: o método Brazelton*. (8ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cabrera, N. J., Tamis-LeMonda, C. S., Bradley, R. H., Hofferth, S., & Lamb, M. E. (2000). Fatherhood in the twenty-first century. *Child development*, 71, 127-136.
- Camarneiro, A. (1995). Do nascimento aos primeiros passos: A importância da vinculação. *Sinais Vitais*, 2. 33-36.
- Camarneiro, A. (1998). *A gravidez de risco e o desenvolvimento do bebé: consequências da Diabetes Gestacional e da Hipertensão Arterial Induzida pela Gestação no desenvolvimento precoce dos bebés*.(Dissertação de mestrado) Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In: M.C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canaval, G. E., Jaramillo, C. D., Rosero, D. H. & Valencia, M. G. (2007). La teoria de las transiciones y la salud de la mujer e el embarazo y en el posparto. *Revista Aquichan*, 7(1) 8-24. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/94/193>
- Carvalho, J. M. (2009). *Adaptação à parentalidade: um desafio para novos pais. Estudo do stresse parental em pais primíparos* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal.

- Carvalho J, Gaspar MF & Cardoso A. (2017). Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: initial difficulties. *Invest. Educ. Enferm.* 2017; 35(3)
- Carvalho, L., Almeida, I. C., Felgueiras, I., Leitão, S., Boavida, J., Santos, P. C. & Franco, V. (2016). *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: um guia para profissionais*. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce.
- Chorvat, I. (2006). Towards some aspects of childcare and housework from the gender perspective. *Sociologia*, 38, 31-48.
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e Ordem dos Enfermeiros (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Clearfield, M. W. (2011). Learning to walk changes infants' social interactions. *Infant Behavior & Development*, 34(1), 15-25. doi: 10.1016/j.infbeh.2010.04.008
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Council of Europe (2006)- *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg Cedex: Council of Europe Publishing.
- Correia, M. (1998). Sobre a maternidade. *Análise psicológica*, 3, 365-371.
- Costa, R. (2004). *Antecipação e experiência de parto e depressão após o parto*. (Tese de mestrado) Minho: Instituto de Educação e Psicologia, Portugal.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: the big life change for couples*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Couto, G. R. (2003). *Preparação para o parto: Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência.
- Couto, G. R. (2006). Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (2), 190-198.
- Cruz, E. J., Cavalcante, L. I. & Pedroso, J. S. (2014). Inventário do conhecimento do desenvolvimento infantil: estudo com mães de crianças em acolhimento institucional. *Revista da SPAGESP*, 15 (1) 49-63. Recuperado em 28 de novembro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.

- Cruz, O., & Ducharne, B. M. (2006). Intervenção na parentalidade: o caso específico da formação de pais. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*. 13(11), 295-309. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2138867>
- Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2002). Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação. *Orientações Técnicas n.º 12*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção Geral de Saúde. (2013a). Norma 10/2013 de 31 maio (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-emsaudef-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direcção Geral de Saúde. (2013b). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-epublicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Fägerskiöld, A., Wahlberg, V. & Ek, A. (2001). Maternal expectations of the child health nurse. *Nursing and Health Sciences*, 3, 139-147.
- Feldman, R. (2000). Parents' convergence on sharing and marital satisfaction, father involvement and parent-child relationship at the transition to parenthood. *Infant Health Journal*, 21, 176-191.
- Felgueiras, M.C. & Graça, L. C. (2013). Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 77-84. doi:10.12707/RIII12136.
- Field, A. (2007). *Discovering statistics using spss*. Los Angeles: Sage Publications.
- Goodnow, J.J. & Collins, W.A. (1990). Development according to parents. The nature, sources, and consequences of parents' ideas. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Figueiredo, B., Costa, R. & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2, 203-217.
- Fishel, E. (1998). *Relações entre pais e filhos*. Lisboa: Editorial Presença.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da conceção à realização* (3ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

- Francisquini, A. R., Higarashi, I. H., Serafim, D. & Bercini, L.O. (2010). Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(4), 743-751. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v9i4.13826
- Funck, S. B. (2004). Representação da maternidade e da paternidade na literatura feminista contemporânea. In A. Alcione, M. C. Sousa, & T. R. J. T. Ramos (Eds.), *Falas de gênero: teoria, análise, leitura* (pp. 301-307). Florianópolis: Editora Mulheres.
- Gameiro, M. (1995). A estatística como linguagem da investigação. *Revista Sinais Vitais*, 4, 23-28.
- Gesell, A. (2000). *A criança dos 0 aos 5 anos* (4ª ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote, lda.
- Giddens, A. (1993). *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: UNESP.
- Gil, A. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª ed. São Paulo: Atlas.
- Gomez, R. (2005). O pai: Paternidade em transição. In I. Leal, (Coord.) *Psicologia da gravidez e parentalidade* (pp. 257-286). Lisboa: Fim de Século.
- Graça, L. C., Figueiredo, M. C., & Carreira, M. T. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 27-35. Recuperado em 28 de novembro de 2017, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200003&lng=pt&tlng=en
- Health Canada (2010). *Growing Healthy Canadians: A Guide for Positive Child Development*. Acedido em 20 de outubro de 2017, em <http://www.growinghealthykids.com/english/home/dacont.html>
- Hekavei, T., & Oliveira, J. P. (2009). Evoluções motoras e linguísticas de bebês com atraso de desenvolvimento na perspectiva de mães. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 15(1), 31-44. doi.org/10.1590/S1413-65382009000100004
- Henriques, C., Santos, M., Caceiro, E. & Ramalho, S. (2015). Determinantes na transição para a parentalidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (2), 63-68. Recuperado de <http://WWW.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a11.pdf>

- Hudson, D., Elek, S. & Fleck, M. (2001). First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: Infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, (24), 31-43.
- Internacional Council of Nurses (2006). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE versão 1.0*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Jablonski, B. (2007). O cotidiano do casamento contemporâneo: a difícil e conflituosa divisão de tarefas e responsabilidades entre homens e mulheres. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e casal: saúde, trabalho e modos de vinculação* (pp. 203-224). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Kobarg, A. P., Sachetti, V.A., & Vieira, M. L.. (2006). Valores e crenças parentais: reflexões teóricas. *Journal of Human Growth and Development*, 16(2), 96-102. Recuperado em 28 de novembro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000200010&lng=pt&tlng=pt.
- Korbag, A. P. & Vieira, M. L. (2008). Crenças e práticas de mães sobre o desenvolvimento infantil nos contextos rural e urbano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(3), 401-408. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000300008>
- Lamb, M. (1997). Father and child development: An introductory overview and guide. In M.E. Lamb (Org.). *The role of the father in child development*. (3ª ed., pp. 1-18) New York: John Wiley e Sons.
- Leal, I. (2001). O feminino e o materno. In M.C. Canavarro (Coord.). *Psicologia da gravidez e da maternidade*, (pp. 50-74). Coimbra: Quarteto.
- Leal, I. P. (2005). Da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade. In I. P. Leal, (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (pp. 9 -19). Lisboa: Fim de Século.
- Lima, L. N., Vale-Dias, M. L, & Mendes, T. F. (2012). Crenças parentais sobre o desenvolvimento da criança e sua relação com o cuidar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1) 53-62.
- Lopes, M. S., Catarino; H. & Dixe, M. A. (2010). Parentalidade positiva e enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(1), 109-118.

- Lopes, S., & Fernandes, P. G. (2005). O papel parental como foco de atenção para a prática de enfermagem, *Sinais Vitais*, (63), 36-42.
- Manfroi, E. C., Macarini, S. M., & Vieira, M. L. (2011). Comportamento parental e o papel do pai no desenvolvimento infantil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(1), 59-69. Recuperado em 28 de novembro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Martins, C. A. (2008). *Transição para a parentalidade (Programa de doutoramento em enfermagem revisão sistemática da literatura)*. Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.
- Martins, C. A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem* (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.
- Martins, M. (2002). Os pais e os cuidados clínicos ao filho na maternidade: uma reflexão durante o ensino clínico. *Sinais Vitais*, 42, 21-24.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K., DeAnne, K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. In: A. I. Meleis. *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., I., & Dean, M.B. (2011) *Theoretical nursing development and progress*. (5^a ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Mendes, I. M. (2007a). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Mendes, I. (2007b). Lived experience by first-time parents in the postpartum. *Birth Issues*, 15(3/4), 119-125.
- Mendes, I. M. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da palavra.
- Mercer, R. T., Ferketich, S. L., & DeJoseph, J. F. (1993). Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. *Research in Nursing & Health*, 16(1), 45-56.
- Merighi, M. A., Gonçalves, R. & Rodrigues, I. G. (2006). Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 775-779. doi: 10.1590/S0034d-71672006000600010
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Murphy, S. A. (1990). Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*, 4(3) 1-7.
- Murta, S. G., Rodrigues, A. C., Rosa, I. O., Paulo, S. G. & Furtado, K. (2011). Avaliação de necessidade para a implementação de um programa de transição para a parentalidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(3), 337-346.
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2006). Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 49-55.
- National Scientific Council on the Developing Child (2004). *Young children develop in an environment of relationships* (Working Paper nº1). Acedido em 20 de outubro de 2016 em <http://www.developingchild.net>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE. Série I, 3, (1).
- Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (2012/2015). Recomendação n.º 1 / 2014: *Recomendações para os cursos de recuperação pós-parto*. Lisboa, Portugal: autor.
- Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (2012/2015). Recomendação n.º 2 / 2012: *Recomendações para a preparação para o nascimento*. Lisboa, Portugal: autor.

- Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (2016). Parecer 4/2016: *Sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto*. Lisboa, Portugal: autor.
- Padrão, I. (1998). E a luta continua. *Medicina & saúde*, 14, 72-73.
- Papalia, D.E., Olds, S.W., & Feldman, R.D. (2001). *O Mundo da Criança*. (8ªed.) Amadora: McGraw-Hill.
- Parke, R. (1996). *Fatherhood*. Cambridge, M. A.: Harvard University Press.
- Perista, H. (2002). Género e trabalho não pago: os tempos das mulheres e os tempos dos homens. *Análise Social*, 37(163), 447-474.
- Pimentel, J. V. (1999). *Um bebé diferente: da individualidade da interacção à especificidade da intervenção*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.), Porto Alegre: Artes Médicas.
- Poteriko, J. F., Yamazaki A. L. (2010). Conhecimento materno sobre o desenvolvimento motor normal no primeiro ano de vida. *V Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica*. Recuperado de www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/quin_mostra/janaina_fatima_poteriko.pdf
- Prazeres, A. T., & Castro, R. C. (2000). Revisão bibliográfica dos transtornos mentais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Enfermagem UNISA*, (1), 5-7.
- Preteur, Y., Lescarret, O., & de Leonardis, M. (1998). Family education, child-parent interactions and child development. *European Journal of Psychology of Education*, 13(4), 461-474.
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (3ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Ribas, R. & Bornstein, M. (2005). Parenting Knowledge: similarities and differences in brazilian mothers and fathers. *Interamerican Journal of Psychology*, 39, 5-12.
- Ribas, R. C., Seidl de Moura, M. L., & Bornstein, M. H. (2007). Cognições maternas acerca da maternidade e do desenvolvimento humana: uma contribuição ao estudo da psicologia parental. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17(1), 104-113. Recuperado em 28 de novembro de 2017, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000100011&lng=pt&tlng=pt.

- Ribeiro, A. (2005). Afinal a díade é tríade? A evolução do conceito do pai e da sua participação no nascimento do filho. *Servir*, 53(4), 190-194.
- Ribeiro, H. C., & Lopes, L. (2005). O papel do pai na sala de partos. *Nursing*, 206(16), 25-27.
- Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (2010). Transitions: a central concept in nursing. In: A. I. Meleis.(Coord), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories* (pp. 38 -51). New York: Springer Publishing Company.
- Silva, A. K., Vieira, M. L., Seidl-de-Moura, M. L. & Ribas, R. C. (2005). Conhecimento de mães primíparas sobre desenvolvimento infantil: um estudo em Itajaí, SC. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15 (3), 1-10. Recuperado em 28 de novembro de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000300002&lng=pt&tlng=pt.
- Simões, M. (1994). Investigações no âmbito da investigação nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven. Universidade de Coimbra, Tese de dissertação de doutoramento, não publicada.
- Soares, H. M. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. (Tese de mestrado), Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Soares, H. – *A criança e os afectos*. Ordem dos Enfermeiros, 2011. [Consult. 28 Nov. 2017]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/ACRIAN%C3%87AEOSAFECTOS.aspx>
- Staudt, A. C. P., & Wagner, A., (2008). Paternidade em tempos de mudança. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 174-185.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sutter, C., & Bucher-Maluschke, J. S. (2008). Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. *Psico*, 39(1), 74-82.
- Thompson, R. A. (2001). Development in the first years of life. *The Future of Children*, 11(1), 20-30. doi: 10.2307/1602807

- Trindade, Z. A. (1999). Concepções arcaicas de maternidade e paternidade e seus reflexos na prática profissional. *Interfaces: Revista Psicologia*, 2(1), 33-40.
- Torres, A. (2004). *Vida conjugal e trabalho: uma perspectiva sociológica*. Oeiras: Celta Editora.
- Tudge, J., Hayes, S., Doucet, F., Otero, D., Kulakova, N., Tammeveski, P., ...Lee, S. (2000). Parents participation in cultural practices with their preschoolers. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16, 1-10.
- Vilaça, S. (2012). *Desenvolvimento infantil e capacitação materna como resultado da aplicação do programa de empowerment parental para o desenvolvimento infantil* (Tese de doutoramento). Universidade do Minho, Instituto de Educação, Portugal.
- VYGOTSKY, L.S. (1994). *A Formação Social Da Mente: O Desenvolvimento Dos Processos Psicológicos Superiores*. (5ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Williams, R. (1999). Dinâmica familiar da gravidez. In Bobak, Lowdermilk, & Jensen (Eds), *Enfermagem na maternidade* (4ªed., pp. 115-129). Loures: Lusociência.
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Ziegel, E. & Cranley, M. (1985). *Enfermagem obstétrica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Zuzarte, M., & Calheiros, M.. (2010). Programa de intervenção nas interações pais-filhos “Desenvolver a Sorrir” - Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 28(3), 491-504. Recuperado em 28 de novembro de 2017, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312010000300009&lng=pt&tlng=pt.

ANEXOS

ANEXO I

Autorização das autoras para utilização do inventário de conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil

19/11/2017

Top Mama Correio - Utilização do KIDI em investigação em Enfermagem



cecilia Silva <cecilia@topmama.net>

Utilização do KIDI em investigação em Enfermagem

18 mensagens

Luíza Nobre Lima <luizabelima@fpce.uc.pt>
Para: cecilia@topmama.net
Cc: juliacarvalho@esenfc.pt, valedias@fpce.uc.pt

10 de outubro de 2016 às 16:57

Exma Senhora Enfermeira Cecília Silva,

No seguimento de contactos prévios com vista à utilização do KIDI numa tese de mestrado em Enfermagem, a minha colega, Doutora Maria da Luz Vale Dias, e eu concordámos com a cedência do referido instrumento para o estudo em causa.

Gostaria de reforçar que esta versão do KIDI é, neste momento, apenas uma versão de investigação, dado que ainda está em curso o seu processo de adaptação para Portugal. Nesse sentido, será importante clarificar as condições desta colaboração:

- os dados recolhidos no âmbito da tese de mestrado da Enfermeira Cecília serão integrados na amostra que irá servir para validar o KIDI.
- o KIDI não será cedido a terceiros, sem conhecimento e autorização das autoras da versão portuguesa.
- o KIDI não será disponibilizado como anexo da tese, nas suas versão em papel e digital, quando esta for entregue.

Com vista à integração dos dados recolhidos para a tese com os que estão a ser recolhidos para a adaptação do KIDI, agradecemos que o KIDI seja aplicado juntamente com o questionário sociodemográfico e o Inventário da Experiência de Cuidar de Crianças que estão incluídos no documento que remeto em anexo. Quando necessitar de inserir os seus dados numa base, teremos todo o prazer em disponibilizar a base que já foi construída para o efeito.

Ao longo desta colaboração, estaremos ao dispor para prestar qualquer esclarecimento acerca do KIDI.

Com os meus melhores cumprimentos,

Luíza Lima

--

--

Luíza Nobre Lima, PhD

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Universidade de Coimbra, Portugal



Protocolo_EnfCecilia.pdf
316K

Julia Carvalho <juliacarvalho@esenfc.pt>
Para: Luíza Nobre Lima <luizabelima@fpce.uc.pt>
Cc: cecilia@topmama.net

18 de outubro de 2016 às 11:37

Estimada Dr.ª Luíza Lima

ANEXO II

Autorização do ACES Baixo Vouga

Pede-se autorização
ao D. Ex.
8/11/2016

Enviar à Comissão de Ética da
AISE para verificação a tipagem do
seu trabalho. 2016.11.08

Manuel Lebre, Dr.
Presidente do Conselho
Clínico e da Saúde
ACES BAIXO VOUGA

Exmo. Sr. Presidente do Conselho
Clínico em Saúde
Dr. Manuel Lebre

Manuel Sebe, Dr.
Director Executivo
ACES BAIXO VOUGA

Maria Cecília Figueira da Silva, enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, na UCC de Vagos, estudante do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem por este meio solicitar a V.Ex.^a autorização para um estudo intitulado "Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil dos 0 aos 2 anos".

O principal objetivo deste estudo, passa por avaliar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos 0 aos 2 anos de idade, e pela análise da influência de algumas variáveis sociodemográficas e obstétricas, comparando ainda com a frequência ou não em cursos de preparação para a parentalidade. Os dados serão recolhidos com questionário de auto-preenchimento constituído por uma parte com os dados sociodemográficos da amostra e numa segunda parte, o inventário de conhecimento sobre o Desenvolvimento infantil - KIDI- (D.MacPhee, 1996; adaptado por Nobre Lima & Vale Dias, 2015).

Este questionário destinado às figuras parentais, no âmbito da recuperação pós-parto e cuidados ao recém-nascido será implementado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Vagos, Ílhavo e Albergaria e Unidades de Saúde Familiares (USFs) dos respetivos centros de Saúde.

A aplicação do questionário e das escalas decorrerá, se autorizado, nas aulas de recuperação pós parto das respetivas UCCs e nas consultas de vigilância de saúde infantil das USFs dos mesmos Centros de Saúde

Assim sendo, solicito a V.Ex.^a autorização para implementação do projeto, no período decorrido entre dezembro de 2016 e março de 2017.

Agradecendo desde já toda a colaboração

Pede Deferimento

Carla Patrícia T. S. S.

Vagos, 27 de Outubro de 2016

ANEXO III

Parecer da comissão de ética da Administração Regional de Saúde do Centro

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Atendendo à tipologia da investigação, esta Comissão de Ética é de parecer favorável à sua concretização.	DESPACHO: <i>Hondogal</i> 19.01.2017 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. <i>[Assinatura]</i>
---	---

ASSUNTO: **Estudo 81/2016 – Transição para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança: conhecimento parental sobre desenvolvimento infantil**
Autora: Maria Cecília Figueiredo Silva

[Assinatura]
Dr. José Manuel Nunes Torres
Presidente,
[Assinatura]
Dr. Carlos Miguel Zito de Medeiros
Vogal,
[Assinatura]

A investigadora propõe-se realizar estudo observacional, tendo como objectivos principais identificar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida e analisar a influência de algumas variáveis sociodemográficas e obstétricas, assim como a frequência de curso de preparação para a parentalidade.

Os dados serão colhidos nas UCC's de Vagos, Ílhavo e Albergaria e USF's dos respetivos Centros de Saúde.

A amostra será constituída por mães e pais de bebés até 1 ano de idade, recrutando os mesmos nas aulas de recuperação pós-parto e, se necessário, nas consultas de vigilância de saúde infantil. Estima-se a inclusão de 60 participantes. No processo de recrutamento dos participantes acontecerá com o apoio de enfermeiros especialistas em ESMO a exercer funções nos respetivos locais.

Como instrumentos serão utilizados questionário para recolha de informação sociodemográfica e obstétrica, inventário de experiências de cuidar de crianças e inventário de conhecimento sobre desenvolvimento infantil. São apresentados documentos para recolha dos dados, informação e consentimento.

Coimbra, 4 de janeiro de 2017

O relator,

[Assinatura]
José Carlos Amado Martins

[Assinatura]

APÉNDICE

APÊNDICE I

Termo de consentimento livre e informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Eu (nome em letras maiúsculas), _____ abaixo-assinado, concordo em participar voluntariamente numa investigação da autoria de Maria Cecília Figueira da Silva, cujo tema é o “*Transição para a parentalidade no primeiro ano de vida: conhecimento parental sobre o desenvolvimento infantil*”. O principal objetivo deste estudo será identificar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida, e pela análise dos resultados podermos desenvolver uma intervenção adequada às suas necessidades empoderando-os e aumentando a sua confiança no domínio das competências parentais.

A minha participação consiste no preenchimento de um questionário constituído por questões de caracterização sociodemográfica, do Inventário da Experiência de Cuidar de Crianças (SCCE) e do Inventário de Conhecimento sobre o Desenvolvimento infantil (KIDI).

Estou informada/o de que terei:

- A garantia de receber esclarecimentos em qualquer momento que julgar necessário, antes e durante a minha participação no estudo;
- A liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem nenhuma consequência ou penalidade para mim;
- A segurança de que não serei identificada/o e que será mantido o carácter de anonimato das informações prestadas;
- Assegurado que as informações prestadas e os resultados delas decorrentes destinam-se à apresentação e/ou publicação de trabalhos de carácter científico;
- Os resultados do estudo estarão disponíveis para mim por meio das divulgações científicas e diretamente através da investigadora.

A assinatura abaixo representa a minha anuência em participar no presente estudo.

Data: ____/____/____

(Assinatura do participante)

Forma de contacto com o participante (para envio de uma cópia do presente documento e/ou comunicação dos resultados):

Contacto com autora do estudo:

Maria Cecília Figueira da Silva

E-mail: cecilia@topmama.net

Telefone: 234 799 700 – extensão gabinete UCC de Vagos

Telemóvel: 916615172

